

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Návrhy materiálů pro klienty klubu Afázie
Proposal materials for Aphasia club clients

Bc. Štěpánka Neugebauerová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Klenková Jiřina, Phd
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika

Odevzdáním této diplomové práce na téma: Návrhy materiálů pro klienty klubu Afázie potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 2.5. 2020

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce doc. PaedDr. Klenková Jiřina, Phd. za cenné připomínky a odborné rady při vypracování této diplomové práce. Rovněž bych chtěla poděkovat všem klientům Klubu afasie za zprostředkování potřebných informací k vypracování diplomové práce.

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na vypracování návrhů materiálů pro klienty klubu Afázie, které byly využity při skupinové terapii. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje tři hlavní kapitoly, v nichž je definován pojem afázie, popsána symptomatologie a etiologie této narušené komunikační schopnosti. Dále jsou vypsány možné klasifikace afázie, dostupné testy k její diagnostice a směry v terapii afázie. V praktické části je stanoven hlavní cíl diplomové práce, spolu se třemi výzkumnými otázkami. Jako výzkumné metody byly zvoleny případové studie, které byly vypracovány na základě lékařských zpráv jednotlivých klientů klubu Afázie. Pomocí získaných informací byly vytvořeny návrhy materiálů na skupinové terapie klientů klubu Afázie. Materiály byly využity při skupinových terapiích. Pomocí metody pozorování byly následně zodpovězeny výzkumné otázky zaměřené na využití materiálů, jejich modifikaci a praktický význam při rozvoji narušených funkcí komunikace.

KLÍČOVÁ SLOVA

afázie, symptomatologie, diagnostika, terapie, terapeutické materiály, etiologie afázie

ABSTRACT

The diploma thesis focuses on the elaboration of proposals for materials for clients of the Aphasia Club, which were used in group therapy. The diploma thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part contains three main chapters, in which the concept of aphasia is defined, the symptomatology and etiology of this impaired communication ability are described. Then are listed possible classifications of aphasia, available tests for diagnosis and directions in the therapy of aphasia.

The practical parts sets the main goal of the thesis, together with three research questions. As research methods were chosen case studies, which were prepared on the basis of medical reports of individual clients of the Aphasia Club. With information of medical reports were created materials for group therapies of Aphasia Club. The materials were used in group therapies. Using method of observation, research questions focused on the use of materials, their modification and practical significance in the development of impaired communication functions were subsequently answered.

KEYWORDS

Aphasia, diagnostics, therapy, therapeutic materials, etiology aphasia

Obsah

Úvod	7
1 Afázie.....	8
1.1 Vymezení pojmu.....	8
1.2 Etiologie.....	10
1.2.1 Cévní mozkové příhody	10
1.2.2 Traumatické poškození CNS	11
1.2.3 Nádory mozku	12
1.2.4 Degenerativní onemocnění	12
1.3 Symptomatologie	13
1.4 Klasifikace	16
1.4.1 Bostonská klasifikace	17
1.4.2 Lurijova klasifikace	22
1.4.3 Hrbkova klasifikace	24
1.4.4 Kimlova klasifikace	26
1.4.5 Olomoucká klasifikace	27
2 Diagnostika.....	29
2.1 Screeningové testy afázie.....	29
2.2 Komplexní testy	31
2.3 Speciální testy	35
2.4 Diferenciální diagnostika	37
3 Terapie	38
3.1 Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie	39
3.2 Kognitivně-neuropsychologický přístup.....	40
3.3 Melodicko-intonační terapie	41

3.4	Tlumení perseverací.....	41
3.5	Automatizované formy řeči	41
3.6	Funkcionálně/pragmaticky zaměřené postupy.....	42
3.6.1	Promoting Aphasics Communicative Effectiveness (PACE)	42
3.6.2	Konverzační trénink	42
3.7	Skupinové terapie	43
4	Uvedení do praktické části	44
4.1	Vymezení cílů a výzkumných otázek práce	44
4.2	Metody šetření	44
4.3	Charakteristika místa a výzkumného vzorku.....	45
4.3.1	Klient 1	46
4.3.2	Klient 2	47
4.3.3	Klient 3	48
4.3.4	Klient 4	50
4.3.5	Klient 5	51
4.4	Vlastní výzkumné šetření.....	51
4.5	Závěry šetření (doporučení pro praxi)	58
	Závěr.....	62
	Seznam použitých informačních zdrojů	63
	Seznam použitých internetových zdrojů.....	66
	Seznam příloh.....	67

Úvod

Diplomová práce je zaměřená na problematiku afázie jako narušenou komunikační schopnost, zejména její definování, diagnostiku a terapii. V praktické části se zaměřuje jen na terapii a to skupinovou formou.

Během studia logopedie jsem se dozvěděla mnoho informací o afázii a díky praxím, jsem mohla vidět i samotnou terapii osob trpící touto narušenou komunikační schopností. Nesešla jsem se, ale s formou skupinové terapie a tak mne zajímalo, jak celé sezení probíhá a jak se daří přizpůsobit činnosti a materiály různorodým problémům klientů. Proto jsem přijala nabídku se účastnit a vyzkoušet si spolu se spolužačkami vedení skupinové terapie v Klubu afasie, a tak jsme dostali svojí skupinu s novými klienty.

Cílem teoretické části diplomové práce je popsat afázii, vymezit ji jako narušenou komunikační schopnost, přiblížit její symptomatologii a klasifikace, podle kterých lze určit typ afázie. Následně popsat dostupné diagnostické materiály, které jsou nejvíce využívány především u nás. V poslední kapitole rozdělit a popsat jednotlivé přístupy v terapii, podle různých terapeutických směrů.

Cílem praktické části diplomové práce je vypracování materiálů pro klienty Klubu afasie a jejich využití na skupinových terapiích. Praktická část se zaměřuje na sběr informací o klientech, především jejich obtížích v komunikaci spojených s afázií a vypracováním již zmíněných materiálů. Dále zjišťuje, zda se tyto materiály dají prakticky využít a zdali je nutná jejich modifikace vzhledem k individuálním potřebám klientů. Jako poslední je zkoumán přínos vytvořených materiálů ke zlepšení komunikačních obtíží klientů. V rámci praktické části je využita metoda případových studií a pozorování.

1 Afázie

Afázii řadíme mezi získané narušení komunikační schopnosti. Heroutová (in Klenková, 2007) považuje afázii za jedno z nejhorších narušení komunikace, v souvislosti s nemožností se dorozumět a rozumět mluvené řeči. Tato porucha může mít několik příčin, následků i klasifikací. Stejně tak se dá různými způsoby vymezit. Závisí na oborech, které se afázií zabývají a spolupracují při její diagnostice a terapii nebo samotném výzkumu. Mezi tyto obory můžeme řadit neurofyzilogii, neurobiologii, neurologii, fyzioterapii, psychologii, neuropsychologii, logopedii, psycholingvistiku i neurolingvistiku, biofyziku a další. V následující kapitole si většinu z nich představíme.

První zmínky o afázii jako takové byly zaznamenány už před rokem 1800. Od té doby začíná výzkum tohoto postižení, zde jsou známá především jména Franz Josef Gall, Paul Broca a Karl von Wernicke. Řadíme je do tzv. lokalizacionistů, kteří se snažili jednotlivé funkce, především řeč přiřadit k jednotlivým oblastím mozku, ta je v rozporu s vnímáním mozku holisticky, tedy jako celku. Doba tzv. klasické afaziologie začíná kolem 1. světové války, obě světové války pomohli v rozvoji výzkumů a bádání lidského mozku právě díky úrazům a zraněním během války. Po válce začíná období moderní afaziologie, které chápe afázii nejenom jako ztrátu řeči, ale jako narušení komunikační schopnosti v širším měřítku zejména ze strany neuropsychologického, kdy se se ztrátou řeči pojí i další funkce jako funkce poznávací, praktické a mnestické. Současně se rychle rozvíjí další a dokonalejší zobrazovací metody ve vyšetření mozku pacienta, které nám specifikují příčinu vzniku afázie a rozsah postižení mozku, pomohou s diagnostikou a tím pádem i s vypracováním lépe zacílené terapie. (Peutelschmiedová, 2001; Peutelschmiedová in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005)

1.1 Vymezení pojmu

Afázie neboli afasie, řecky také fasis = řeč a předpona a vyjadřuje zápor, dohromady tvoří slovo aphasos = nemluvicí. Kiml (1969) ve své publikaci zmiňuje další označení afázií jako například alalie, aphrasie, aphémie, asemasia. Všechny tyto názvy používali odborníci k vyjádření nejrůznějších projevů nebo samotné afázie. Označovali ji jako poruchu součinnosti mluvních orgánů, nemožnost vymyslet a složit větu nebo neschopnost dorozumět se komunikačními znaky.

Afázie patří do skupiny kortikálních poruch, do kterých řadíme agnozii, apraxii, alexii, agrafii, akalkulii, poruchy pravo-levé orientace a orientace v prostoru, čase apod. (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007; Klenková, 2006)

Afázie podle Neubauera (2007, s. 53) je „*porucha individuálních jazykových schopností na bázi poškození CNS – je vždy vícemodálním jevem, který ovlivňuje percepci mluvního projevu, verbální expresi, lexikální a grafické dovednosti i verbálně-mnestické funkce.*“ V nejnovější literatuře definici afázie rozšířil, a to tak že „*afázie je získanou neurogenně podmíněnou komunikační poruchou, která zasahuje individuální jazykový systém člověka většinou náhle vzniklou ztrátou schopnosti mluvené řeči a rozumění mluvené a psané řeči.*“ (Neubauer, 2018, s. 442)

Další definice afázie říká, že „*afázie je získaná porucha produkce a porozumění řeči, která vzniká při ložiskovém poškození mozku.*“ (Cséfalvay, 2007, s. 15) V širším pojetí ji lze chápat jako „*získané selektivní narušení jazykových modalit a funkcí, které vzniká při ložiskovém poškození mozku v jazykově-dominantní mozkové hemisféře a zasahuje komunikační a sociální fungování a kvalitu života dané osoby a jejich blízkých.*“ (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta, 2013, s. 83)

Kutálková, Palodová (2007) definují afázii jako mnohotvárnou poruchu řeči, kdy osoba ztratí plně rozvinutou, do doby narušení normálně vyvíjející se řeč nebo některé její části.

Z medicínského hlediska, funkční neurologie je afázie: „*ztráta naučených symbolických funkcí, ke kterým kromě řeči a písma patří i kalkule, mimika, gestikulace, posunky, pantomima, múzie aj.zahrnuje i stavy, které označujeme jako apraxie, agnózie (aprax-agnózie).*“ (Tichý in Nevšimalová, 2002, s. 16)

Logopedický slovník (Dvořák, 2007, s. 10) definuje afázii jako „*ztrátu naučených schopností dorozumívat se řečí (mluvenou, čtenou, psanou) organického původu, především jako důsledek ložiskové léze korových a podkorových oblastí mozku.*“

Podobnou definici afázie uvádí ve své publikaci Klenková, která tvrdí, že afázie je „*ztráta již vyvinutých, naučených schopností dorozumívat se mluvenou nebo psanou řečí v důsledku organického poškození – léze korových i podkorových oblastí mozku.*“ (Klenková, 2000, s. 21)

Neuropatolog František Koukolík vyjadřuje, že afázie je „*porucha vyjadřování a chápání jazyka podmíněná poškozením mozku*“. (Koukolík, 2000, s. 125)

1.2 Etiologie

Již v definicích afázie vidíme, že tato porucha vzniká poškozením centrální nervové soustavy a patří mezi získané neurogenní poruchy komunikace v její produkci i porozumění. Afázie a s ní vzniklé obtíže souvisí s poškozením hemisfér a jejich činností. Levá hemisféra označována za řečovou a dominantní a pravá, která zodpovídá za emoce, prostorovou a tónovou orientaci. Nemusí to tak, ale být u všech, někteří mají řečově dominantní hemisféru pravou a u několika procent osob se řečově dominantní hemisféra ani nedá dokázat. (Tichý in Nevšímalová, 2002)

Afázie mohou vzniknout poškozením difuzním, tedy rozptýleným nebo ložiskovým, tedy ohraničeným. Nejčastěji to bývají léze oblasti kortikální, mohou to ale být i léze z nižších oblastí (subkortikálních) spojené s jazykovými dovednostmi jako je thalamus a bazální ganglia. Největší postižení bývá u zasažení fronto-temporo-parietální oblasti rozsáhlými lézemi, které způsobí uzavření nebo zúžení střední mozkové tepny neboli arteria cerebri media. (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007; Cséfalvay, 2007)

Hlavními příčinami afázie jsou:

- cévní mozkové příhody (infarkt, mozková hemoragie, ischemie)
- úrazy (traumata CNS)
- mozkové nádory
- záněty mozku a mozkových blan (encefalitida, meningoencefalitida)
- intoxikace (drogy, alkohol atd. a jejich působení na CNS)
- degenerativní onemocnění

1.2.1 Cévní mozkové příhody

Herzig a Vlachová (in Kaňovský, 2007, s. 25) definují cévní příhody jako: „...*nejfrekventovanější akutní neurologické onemocnění. Jejich příčinou je nejčastěji tepenný uzávěr (ischemie) či krvácení (hemoragie) do mozkové nebo míšní tkáně nebo mezi mozkové obaly (subarachnoidální krvácení)*“.

Rizikovými faktory pro vznik cévní mozkové příhody je vyšší věk, vysoký krevní tlak, kouření, cukrovka, srdeční choroby, špatné stravovací návyky a z nich plynoucí obezita, sedavý styl života, metabolická onemocnění, alkohol, sociální faktory a rasa, infekce a stres. (Kalina, 2008)

Velmi zjednodušeně se dá říci, že ischemické mozkové příhody vznikají ucpáním tepen a to krevní sraženinou trombem, to následně zapříčiní nedostatečné okysličení mozku. Trombus se také může uvolnit a putovat krevním řečištěm až do místa, které je natolik zúžené a nemůže pokračovat dál, v tomto místě opět ucpává krevní řečiště. Tento jev se nazývá embolie, přesněji řečeno tromboembolie. Embolie je pouze proces, kdy krevním řečištěm putuje „uvolněný předmět“, který zde nemá co dělat. V případě embolie to může být již zmíněný trombus, tuk, nádorové buňky, vzduch nebo také cizí těleso. (Seidl, 2008)

Hemoragie je krvácení mimo krevní řečiště prasklou cévní stěnou do okolí. Okolím můžeme chápat mozkovou nebo míšní tkáň nebo také prostor mezi mozkové obaly. Takovéto krvácení vzniká po nějakém úraze, ucpáním cévy nebo zúžením cévní stěny. Krev vytéká z cévy pod tlakem, jakmile tlak ustane, začne se vytvářet krevní sraženina

a hematom. Menší hematomy dokáží oddělit axonové svazky, ty větší přesunout komory a celé mozkové laloky. Vedle krvácení z jednoho místa, existuje i krvácení difuzní, kdy se nevytváří krevní sraženiny, díky malému tlaku vytékající krve, ty nezpůsobují rozložení/přemístění okolních struktur. Krev vytéká z více menších trhlín, ty mohou být ve stejné oblasti nebo různě rozeseta po oblastech mozku. (Kalvach, 2010)

1.2.2 Traumatické poškození CNS

Jsou to nejrozumnější poranění a úrazy mozku. Patří mezi druhou nejčastější příčinu vzniku afázie. Tři základní traumata v oblasti CNS jsou komoce - otřes mozku, kontuze – zhmoždění či krvácení v oblasti mozkových plen a mozkové tkáně, vedoucí k vzniku hematomu. Další možností je komprese neboli stlačení mozku. (Cséfalvay, 2007)

Seidl (2008) dělí léze vzniklé po traumatu na primární, ta je neovlivnitelná a vzniká přímo při samotném poškození/úrazu. Sekundární léze je ta, která vzniká až v poúrazovém období, jedná se většinou o hematom, otok, výhřez mozkové tkáně nebo infekce. Těmto lézím se snaží lékaři předejít léčbou nebo co nejvíce omezit a zmírnit jejich následky.

Otřes mozku neboli komoce je stav po tupém úderu do hlavy s možnou ztrátou vědomí, nevolností, zvracením, výpadkem paměti a poruchou řeči. Při otřesu nebývají narušeny struktury mozku. **Zhmoždění**, kontuze je stejně jako otřes mozku způsobeno tupým úderem. Zhmoždění, ale už způsobuje krvácení, edém nebo narušení mozkové tkáně. Také příznaky jsou významnější než u otřesu, patří k nim výpadky paměti, křeče, závratě, horečka a poruchy řeči. Vzniklý otok může způsobit **kompresi** mozku, kdy otok stlačuje místo sousedící s otokem a narušuje funkci dané oblasti. (Kejklíčková, 2011)

1.2.3 Nádory mozku

Vzhledem k afázii nezáleží na tom, zda je nádor zhoubný či nikoliv, ale zda tlačí na oblasti zodpovědné za komunikaci. Kromě řeči může být narušena i hybnost, cití a psychika. Další poškození mozku je následkem operativní léčby nádorů. (Kejklíčková, 2011)

1.2.4 Degenerativní onemocnění

Tato onemocnění postihují nervový systém, většinou u nich přesně neznáme příčinu, ale mají společný průběh. Onemocnění je mnohdy dědičné, začátky mohou být skryté a zaměňovány za jiné obtíže související většinou s věkem a dlouhotrvající průběh se zhoršováním příznaků. Hlavním a společným příznakem těchto nemocí je demence. (Seidl, 2008)

Demence podle (Seidl, Obenberger, 2004, s. 283) je: „*organicky podmíněný, nezvratný pokles intelektu, který provázejí poruchy chování a změny osobnosti. Porucha omezuje kognitivní, funkční a behaviorální schopnosti natolik, že je narušena sociální a ekonomická aktivita, nemocný se stává nesamostatný, odkázaný na pomoc druhých*“.

Mezi degenerativní onemocnění, které doprovází afázii, patří Alzheimerova nemoc, Pickova nemoc, progresivní supranukleární obrna. Další degenerativní onemocnění jako Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza nebo Huntingtonova choroba souvisejí s dysartrií a dyspraxií, které spočívají v obtížích motorického systému. (Neubauer, 2018)

1.3 Symptomatologie

Obecně se afázie projevuje ztíženou schopností až nemožností osoby se srozumitelně vyjádřit pomocí verbální řeči, narušením schopnosti chápat signální význam slov, volby vhodných slov při sestavování souvislých vět, konstrukci samotných slov a sled slabik a hlásek v nich a zvláštnostmi v užívání gramatických kategorií. Problémy bývají také ve čtení, psaní, počítání a orientaci. Dále může afázii doprovázet i apraxie. (Neubauer, 2010, 2018; Kejklíčková, 2011)

Jednotlivé projevy závisí na místu léze, její velikosti a rozsahu, mohou být v různé kombinaci a míře podle typu afázie. Typy afázií se mění v závislosti na době. V akutní fázi můžeme vidat těžší typy afázií, které se spolu s léčbou a terapií mohou měnit na typy s mírnějšími projevy afázie. (Klenková, 2006)

Mezi symptomy řadíme fluenci, nonfluenci, hyperfluenci, parafrázie, neologismy, logorea, slovní trosky, porucha opakování, agramatismy, paragramatismy, perseverace, parafrázie, echolálie, anomie, dysnomie, řečové automatismy, cirkumlokace, poruchy rozumění, satiace, speciální žargon, špatná artikulace, prozódie řeči.

(Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007; Kejklíčková, 2011)

Fluence/nonfluency/hyperfluency – jedná se o řeč plynulou, neplynulou případně zvýšenou produkcí slov tedy hyperfluenci. Řeč fluentní považujeme tehdy, pokud obsahuje přibližně 120 slov/minuta naopak nonfluentní řeč je v případě poklesu na 50 slov za minutu. Za hyperfluenci můžeme označit řeč s 200 a více slovy/minutu, které je velmi často špatně rozumět pro její překotný tok (logoreu). (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007; Klenková, 2006)

V případě afázie mluvíme o řeči nonfluentní či hyperfluentní a řeč se tak stává těžkopádnou a pomalejší či rychlejší a nesrozumitelnou. (Peutelschmiedová, 2001)

Parafázie – deformace nebo použití náhrady slova, díky problémům ve vybavnosti daného pojmu z vlastního jazykového systému. Parafázie jsou trojího typu a to fonemické, sémantické a žargonové.

Fonemické parafázie jsou v případě, že osoba produkuje zvukově podobné slovo, nedeformovaného slovního tvaru se záměnou, přidáním nebo vynecháním fonému jako např.: škola – štola, postel – posel. V tomto případě parafázií jde rozumět významu daného slova, vzhledem i ke kontextu rozhovoru.

Sémantické jsou typické nahrazením slova jiným, významově podobným slovem ze stejného okruhu slov. Např.: jablko – hruška, postel – lehátko.

Žargonová/slovní parafázie je slovo deformované a změněné natolik, že nemůžeme porozumět jejímu významu. Např.: kabelka – labreka. Žargonové parafázie bývají často zaměňovány za neologismy.

Neologismy – novotvary, které nevznikají na žádném určitém podkladu žádného oficiálního jazyka, který osoba ovládala před onemocněním. Slova jsou změněna na úrovni hlásek, slabik a tak se celá slova, věty stávají plně nesrozumitelnými. Pokud řeč obsahuje pouze neologismy, hovoříme o tzv. žargonu. Příklad: njaveo prató pořdaí (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007; Neubauer, 2018)

Logorea – překotný tok řeči, která je nekontrolovaná, ničím nepřerušovaná a je tím pádem i méně srozumitelná. Pojí se s ní nadměrné množství žargonových parafází v řeči. (Klenková, 2006; Kejklíčková, 2011)

Agramatismy, paragramatismy – špatně gramaticky sestavená slova, věty. Můžeme nacházet špatný slovosled, skloňování, časování, zájmena, předložky, tvary sloves, špatné spojování jednotlivých morfémů. Agramatismy a paragramatismy nacházíme v řeči v nejrůznější míře a podobě. Jedná se především o narušení morfologicko-syntaktické roviny řeči. (Kejklíčková, 2011)

Perseverace – opakování již řečeného sám sebou. Osoba opakuje jednotlivá slova i celé věty, ulpívá na svých předchozích odpovědích. Např.: Co jste měla dnes ráno k pití? – kávu – Co máte dnes na sobě? – kávu – Jaký je dnes den v týdnu? - kávu.

Parafrázie – obtížně sestavená věta, která by měla obsahovat vhodně užití výrazy. Osoba má problém správně vyjádřit myšlenku v celých větách. Ve větách se to projevuje vynecháváním některých významových slov, slabik ve slovech, celých slov. Celé věty pak může tvořit jen jedno slovo, slovní troska. Např.: Co budete zítra dělat? - místo odpovědi (Zítra odpoledne půjdu nakoupit) bude – Zítra tam.

Slovní trosky – osamocené slovo, kterému je dobře rozumět, ale je používáno tam, kde má být celá věta. Např.: Jaké vám šlo tohle cvičení? – pomalu – místo věty (Slova jsem si vybavil dobře, ale to psaní mi šlo pomalu, dlouho jsem nad tím musel přemýšlet.)

Řečové automatismy – stereotypní spontánně opakované slabiky, slova. Např.: Jak se dnes máte? – Jooo, jooo, jooo – A co bylo dnes k obědu? – Jooo, jooo, jooo.

Echolálie – opakování slyšeného. Např.: Jaká je to barva? – Jaká je to barva?

Anomie, dysnomie – řadíme do poruch pojmenování, kdy se vybavení a rozpomínání si na adekvátní slova stává obtížným nebo zcela nemožným. Potíže s pojmenování se týkají i známých předmětů a osob, se kterými se potýkali celý život. (Peutelschmiedová in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005)

Cirkumlokace – opsání hledaného slova při obtížích s vybavením si slova ze svého slovníku. Např.: postel – no to je, takové to velké.....dneska jsem z toho vstávala.....minulý týden jsme to kupovali nové....leží se na tom.

Poruchy rozumění – kdy osoba má obtíže nebo není vůbec schopná rozumět slyšené řeči.

Satiace – ztráta již nabitého významu slova. Osoba i přes to, že napoprvé sdělení rozuměla a případně splnila zadaný úkol, po navracení k původnímu „ztratí“ nabitou zkušenost a odpovídá jinak nebo váhá nad významem instrukce. Např.: ukazují červené kolečko a ptám se: Je toto červený obdélník? – Ne – Je toto modré kolečko? – Ne – Je toto žlutý čtverec? – Ne – Je toto červený obdélník? – Ano.

Prozódie řeči – narušení melodie a intonace řeči.

1.4 Klasifikace

Tak jako máme několik různých definicí a odlišných pojmenování symptomů afázie, tak je i několik klasifikací této nemoci. Na klasifikaci, stejně jako na definici se dá nahlížet z několika stránek a to z medicínského, psychologického, lingvistického, logopedického i jejich kombinací. (Klenková, 2006)

Jednotlivé typy afázie se dělí právě podle výše zmíněných symptomů, v jaké míře jsou zastoupeny a jak jsou zkombinovány. Každá afázie má své typické projevy, podle kterých ji řadíme do konkrétních typů tohoto onemocnění, avšak ne vždy jsou přítomny jen ty projevy, které odpovídají danému typu. Tzv. čisté afázie, kdy má osoba s afázií jen takové problémy a jen v takové míře, jak jsou popsány v klasifikaci u jednotlivých typů, jsou diagnostikovány velmi zřídka. (Kejklíčková, 2011)

Klasifikace afázie se liší především podle tzv. afaziologických škol, ty máme tyto: bostonská, německá neurologická a ruská neuropsychologická afaziologická škola Lurijova. Každá škola třídí afázie podle jiných měřítek. (Kejklíčková, 2011)

Bostonská škola řadí jednotlivé afázie k lokalizacím lézí. Představiteli je Geschwind, Goodglass a Kaplanová. Ruská afaziologická škola rozděluje afázie díky ztotožnění s hlavní poruchou, jejími představiteli je zakladatel neuropsychologie Lurija, Goldberg a Cevetkovovou. (Lurija, 1982)

V praxi můžeme vidět to nejzákladnější dělení afázií, které nebere zřetel na další přidružené nemoci, je to afázie motorická (expresivní, Brocova), kdy je narušena především produkce řeči se sníženou schopností až neschopností se slovně vyjádřit, rozumí bez problémů, senzorická (receptivní, Wernickeho) při které je u pacienta problém s porozuměním a na rozdíl od motorické je řeč plynulá a totální (globální) u které se mísí předešlé dva typy. (Peutelschmiedová in Peutelschmiedová, Vitásková, 2005)

Jelikož toto zjednodušené dělení afázií už nestačí, používají se klasifikace jako Bostonská, Lurijova, Hrbkova, Kimlova a Olomoucká klasifikace afázie. (Cséfalvay, 2007)

1.4.1 Bostonská klasifikace

Stále vychází ze základů, které udal Broca a Wernicke v 19. století. Ti vycházeli při rozdělení afázií z různé lokalizace lézí a jedno místo léze odpovídá konkrétnímu typu afázie. Dvě tyto oblasti byly pojmenovány podle Broca a Wernicka a tím pádem i dva typy afázie jsou takto pojmenovány. Od tohoto rozdělení určitého místa poškození ke konkrétní afázii se už upustilo, především proto, že již bylo popsáno mnoho případů diagnostikování stejného typu afázie, ale která vznikla postižením jiného místa mozku. (Cséfalvay, 2007) Z tohoto důvodu byl pozměněn obsah popisovaných jednotlivých typů, ale ne jejich názvy. Ty tedy jsou Brocova, transkortikálně motorická, Wernickeho, transkortikálně senzorická, globální, konduktivní a amnestická. Každá z nich vychází z vyhodnocení dobré nebo špatné schopnosti užití řečové modalit jako je:

- pojmenování
- plynulost
- porozumění
- opakování

a jejich dominanci mezi sebou. (Klenková, 2006)

Brocova (motorická) afázie

Má původ u poškození v oblasti Brocovy arey a zároveň může zasahovat oblast ležící za centrální Rolandovou brázdou mozku dominantní hemisféry, tak i podkorovou oblast frontálního laloku. Pokud jsou zasaženy podkorové a nižší vrstvy mozku, může být k afázii přidružená dysartrie nebo řečová apraxie, která vede k pomalejšímu, neplynulému tempu řeči. (Cséfalvay, 2007)

Kromě nonfluency je převládajícím symptomem samotná ztížená produkce řeči, avšak s dobře zachovaným porozuměním. Jasně chápe informační záměr komunikace, orientuje se v ní a dokáže logicky navazovat na předešlé informace, někdy v orientaci afatikovi pomůže i to, že zná daný kontext konverzace. V pochopení konverzačního záměru je také dobré volit jednodušší a krátká sdělení, naopak sdělení, která jsou syntakticky složitá a pro afatika nemusí být ihned jasný hlavní činitel děje nebo podstata. Tento typ sdělení můžeme vidět v diagnostických materiálech, na kterých se pozná,

zda pacient opravdu porozumí zadaným instrukcím, např.: „Dříve než otevřete ústa, dotkněte se ucha.“; „Přichází podzim po zimě?“. Samotná produkce, ale i opakování, je namáhavé a to i díky hledání potřebných slov z individuálního slovníku. Řeč se tak může omezit na vyjádření se pomocí jen několika slov nebo pouze jednoho (slovní trosky), dále se mohou objevovat fonemické parafrázie, neologismy, cirkumlokace, perseverace a agramatismy u kterých jde nejčastěji o užití nesprávných tvarů podstatných slov a malá četnost sloves u samovolné produkce. Často se u Brocovy afázie vyskytuje i alexie a agrafie. Při čtení může být problém s dešifrováním jednotlivých písmen ve slovech a porozumění slovu i významu je nesprávné, tak i se složením písmen do celku a v konečné fázi – produkci vznikne odlišné slovo od toho v předloze. Problémy s psaním jsou zapříčiněny především s možnou parézou či plegií horní končetiny, kterou osoba s afázií doposud psala a nyní tedy využívá ruku nedominantní a tedy nezvyklou na psaní. Brocova afázie může samovolně časem nebo vlivem terapie přejít do afázie transkortikální, kondukční nebo anomické. (Neubauer, 2018; Cséfalvay, 2007)

Transkortikální motorická afázie

Původem této afázie je postižení části mozku před Brocovou oblastí, konkrétně v povodí arteria cerebri anterior u které její neprůchodnost může způsobit hemiplegii, poruchy chůze, expresivní poruchu řeči. (Cséfalvay, 2007)

Nebo taky echolalická a adynamická, díky častým výskytům echolálie a celkové slabosti jak uvádí (Neubauer, 2007). Produkce řeči stejně jako u motorické afázie je neplýnulá a spontánní řeč taktéž minimálně realizována s velkým úsilím. Dovednost opakování je i vzhledem k echoláliím vždy lepší než spontánní řeč a pojmenování ze svého vlastního slovníku. Co se týče porozumění, je jako u všech afázií narušeno, ale méně než u afázie motorické, afatik tedy většinou neporozumí složitějším větným skladbám, s tím se pojí i zachované schopnosti čtení, kdy jednotlivým slovům dobře porozumí a složitější si mohou zasadit do kontextu. (Cséfalvay, 2007)

Transkortikálně motorická afázie má dobré předpoklady na přechod do anomie nebo úplného vymizení problémů. (Neubauer, 2018)

Wernickeho (senzorická) afázie

Je způsobena poškozením spánkového laloku v oblasti Brodmanovy arey. Samotná produkce je na rozdíl od afázie motorické plynulá s dobrou artikulací. Další zcela odlišnou schopností od motorické afázie je porozumění, které je u senzorické afázie velice narušeno. Porucha porozumění je zde hlavním, dominantním symptomem senzorické afázie, kdy ztráta porozumění může zasáhnout jakoukoliv část procesu příjmu i zpracování slov. (Cséfalvay, 2007)

U spontánní produkce je častý výskyt neologismů, parafrází, slovních vmetků při rozpomínání si na konkrétní potřebné slovo, projev pak může působit nesouvisle, nesrozumitelně a obsahově chudý. Vlivem toho, že si osoba se senzorickou afázií neuvědomuje svou poruchu řeči, nemá potřebu svůj projev jakkoliv opravovat, projev může být zrychlován až do logorey, což znamená menší srozumitelnost. Vlivem všech těchto problémů, je diagnostika tohoto typu afázie složitá a snadno se dá zaměnit za některá psychiatrická onemocnění. (Neubauer, 2018)

Kromě spontánního projevu je také narušeno pojmenování i opakování na úrovni slov i celých vět a také lexie. Porucha čtení souvisí s potížemi v porozumění, především se ztrátou významu slov. Čtení může být zachováno na úrovni čtení jednotlivých slabik a slov, bohužel bez porozumění. U grafie je problém se schopností správně provést motorický pohyb pro dané písmeno a vznikají zkomoleniny slov, neologismy. (Cséfalvay, 2007)

Transkortikální senzorická afázie

Podle (Neubauer, 2018) také echolalická a asémantická kvůli dobré schopnosti opakování a významově špatné produkci. I přes dobré opakování, porozumění opakovaného je postiženo.

Stejně jako o senzorické je řeč plynulá, bez obtíží s artikulací avšak významově dost chudá což je zapříčiněno přítomností parafrází, často i žargonových a řeč se tak stává nesrozumitelnou. Poruchy čtení a psaní jsou stejné jako u senzorické afázie, zlepšení můžeme vidět u opisování. Tento typ afázie vzniká při postižení v oblasti mezi spánkovým a týlním lalokem. (Cséfalvay, 2007)

Transkortikální senzorická afázie je častým přechodným stavem a má velmi dobré předpoklady na odeznění problémů do 24 hodin od vzniku obtíží nebo přechodu k anomii. (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007)

Globální (totální) afázie

Původem globální afázie může být uzávěr vnitřní krkavice (*arteria carotis interna*) nebo střední mozkové tepny (*anterior cerebri media*). Dalším původem je rozsáhlý tumor v jedné z hemisfér nebo také masivní krvácení. (Písecká in Lukáš, Žák, 2015)

Globální afázie je jedna z nejtěžších poruch, je zasažena tvorba, porozumění, pojmenování i opakování. Řeč je neplynulá, většinou omezená na slovní trosky a jejich perseveraci, neologismy nebo automatismy. (Neubauer, 2018) Většinou lidé s globální afázií nejsou schopni se domluvit ani pomocí psaní, které je omezeno na kreslení neurčitých tvarů nebo v lepším případě napsání některého z písmen potřebného slova. V tomto případě přejít na komunikaci pomocí alternativní komunikace a to s obrázky či piktogramy. Porozumění také není jakýmkoliv způsobem možné a osoba s globální afázií nemusí reagovat na jakékoliv vyzvání. V některých případech pomůže doprovázet instrukce gesty. (Cséfalvay, 2007)

S globální afázií se často spojena těžké ochrnutí pravé strany těla, snížení citlivosti jedné poloviny těla včetně tváří, výpadek poloviny zorného pole. V prvotní fázi nemoci se narušení komunikační schopnosti může projevit jako mutismus, který dále přechází do právě zmiňované globální afázie. Z té se dále může stav zlepšovat do motorické afázie, většinou však předpověď pro toto onemocnění není dobré a globální afázie přetrvává i po léčbě a terapii, stav se stává nevratným. (Písecká in Lukáš, Žák, 2015)

Konduktivní/kondukční afázie

Kondukční afázie vzniká lézemi v oblasti *gyrus supramarginalis* nebo asociační oblasti sluchové kůry. Může také vzniknout narušením *fasciculus arcuatus* dominantní hemisféry. (Písecká in Lukáš, Žák, 2015) Obecněji vsazuje kondukční afázií Čecháčková (in Jedlička, Škodová, 2007), která umisťuje lézi mezi motorické a senzorické centrum řeči.

Produkce řeči je plynulá, i když se vlivem častých fonemických parafází a pauz, kdy osoba hledá potřebné slovo, může zdát neplynulá. Neplynulost může být i z důvodu neustálých oprav osoby sebe samé, která si dobře uvědomuje svoje problémy v komunikaci. Artikulace bývá bez problémů. Co bývá zasaženo, je opakování jak slov, tak i vět, samozřejmě na to má vliv i délka a obtížnost slova, které má být zopakováno. Porozumění narušeno nebývá ani u složitějších větných celků a více činiteli děje. Dalším okruhem bez větších obtíží je čtení, jak tichého, tak hlasitého a psaní. Pokud zde nějaké narušení je, bývá to většinou parafázie, které jsou i ve spontánní řeči, nebo záměna slov a písmen. (Cséfalvay, 2007) Jak píše Písecká (in Lukáč, Žák, 2015) podpora v psaní je i fakt, že u kondukční afázie se nevyskytuje hemiparéza a grafomotorika, tak není narušena.

Jelikož se jedná o lehčí typ afázie, prognóza směřuje k úplné úpravě problému nebo jen k zůstatku anomii. (Neubauer, 2018)

Anomická (dysnomická) afázie

U anomické afázie nejsou zcela definovaná místa lézí, které zapříčiňují toto postižení. Místo poškození může být v jakékoliv oblasti odpovídající za řeč, ale i mimo tyto oblasti. „Je běžným symptomem spíše u difuzních poškození mozkové tkáně, např. při encefalitidě, zvýšeném nitrolebním tlaku, komoci mozkové nebo při toxicko–metabolické encefalopatii. (Písecká in Lukáč, Žák, 2015)

Anomická afázie je nejlehčí formou afázie, díky méně problémům než u ostatních typů. Řeč je plynulá, bez problémů s artikulací, porozumění a opakování je také v normě. Činnost, která je narušena je pojmenování, kdy afatici těžce hledají konkrétní slovo z vlastního slovníku. U spontánní řeči se toto narušení nemusí projevit, afatik má k dispozici ve vlastním slovníku jiná, podobná slova, která využije a význam sdělení se nezmění. Pokud si osoba s globální afázií nemůže ihned vybavit podobné slovo, vznikají tzv. anomické pauzy, s těmi se pojí následné cirkumlokace a nebo významové slova i další rovnou vynechají. Potíže s psaním a čtením zpravidla nebývají, pokud ano, tak se při psaní vyskytují deficity ve formě sémantické paragrafie. (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta, 2013)

Anomii zaznamenáme ne jen u poruch tvorby a porozumění řeči, ale jako doprovodný defekt např. k Alzheimerově nemoci, demenci a další. (Písecká in Lukáš, Žák, 2015) Potíže s výbavností slov, mohou být zůstatkem po všech předešlých typech afázií. (Neubauer, 1997)

1.4.2 Lurijova klasifikace

Lurijova klasifikace má podobné znaky jako klasifikace Bostonská. Pojítkem mezi nimi je pokládání důležitosti na vztah oblasti vzniku poškození a příznaky postižení. Naopak, liší se v pojetí, že elementární defekt, který se projeví poruchami charakteristickými pro daný typ, je důsledkem ložiskového postižení mozku. (Obereignerů in Kulišťák, 2017)

Lurija chápe centrální nervový systém jako ucelený systém, kdy spolu spolupracuje korová a podkorová oblast. Jednotlivé kognitivní a fatické funkce nemají podle Lurija ohraničené území, které je za ně zodpovědné a jsou výsledkem vzájemné činnosti několika mozkových struktur. Proto se můžeme setkat se stejným projevem afázie, ale ve spojitosti s jinou poškozenou částí mozku. Celý systém tedy staví na pojetí tzv. funkčních bloků a korových zón mozku, které mají při postižení své projevy. Druh afázie závisí tedy na místě vzniku léze. (Lurija, 1982)

Lurija rozdělil afázie do dvou skupin, podle umístění v části mozku a to na lézi v:

- přední (precentrální) části, kde jejím postižením může vzniknout afázie dynamická a eferentní
- zadní (postcentrální) části, kde vznikají afázie aferentní motorická, akusticko-amnestická, senzorická, sémantická a někteří autoři ještě uvádějí afázii amnestickou. (Klenková, 2006)

Dynamická afázie

Hlavním symptomem je problém s vyjádřením vlastních myšlenek a jejich sestavení do souvislého projevu. Osoba s dynamickou afázií má obtíže s porozuměním, obzvláště u těch složitějších větných celků je porucha porozumění zapříčiněna i problémy se soustředěním. Spontánní projev je většinou omezen na ano-ne nebo některé automatismy, dále jsou přítomné echolálie. Inicie v samostatném mluvním projevu chybí nebo je velmi malá, řeč je nesouvislá, útržkovitá a intonace v ní je monotónní.

Naopak opakování je na dobré úrovni a s ním také automatické řady a pojmenování dobře známých předmětů. Čtení je na dobré úrovni a psaní ve formě opisu také není problém. (Neubauer, 2007)

Eferentní afázie

Nejzásadnější problém pro člověka s eferentní afázií je přechod z jednoho artikulačního postavení dané hlásky do jiného. Přechod je namáhavý, člověk má obtíže s plánováním a organizací potřebných pohybů a řeč je tím pádem nonfluentní. (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007)

Za tyto problémy může narušení odstředivých drah, které jsou kromě těch dostředivých zodpovědné za organizaci pohybů. Bývají zde problémy s produkcí i porozuměním, to může být využito jen u jednoduchých, krátkých požadavků. V produkci nalézáme automatismy, echolálie, s pomocí zvládají i některé automatické řady, avšak spontánní projev je chudý po stránce kvality i kvantity. Opakování se taktéž vede jen u krátkých, jednoduchých slov, nejlépe u jednotlivých hlásek. (Neubauer, 2007)

Aferentní motorická afázie

Porušení druhého typu vláken, těch dostředivých důležitých k organizaci pohybů důležitých pro řeč. Z tohoto důvodu není osoba s aferentní motorickou afázií schopna zvolit a provést tu správnou polohu rtů a jazyka, kterou potřebuje k vytvoření správného artikulačního postavení hlásky. (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007)

Porozumění konverzaci a jednodušším větným celkům bývá bez obtíží, problémy začínají u dlouhých, složitých vět. Opakování je složité především u hlásek ze stejného artikulačního okrsku. V řeči se objevují automatismy, slovní vmetky, produkce je celkově plynulá, doprovázena aktivní gestikulací a mimikou. (Neubauer, 2007)

Akusticko-amnestická afázie

Zasahuje sluchovou i řečovou paměť a vede k obtížím s mluvenou řečí, konkrétně zapamatováním si pořadí vyřčených hlásek, slabik, slov. Následná identifikace slova tedy není možná a osoba s akusticko-amnestickou afázií nerozumí jednotlivým slovům, větám. (Lurijs, 1982)

Senzorická afázie

Zapříčinění hledáme v narušení sluchové analýzy a syntézy a hlavním problémem je poškození fonemického sluchu. Díky tomu je porozumění velmi obtížné. V produkci nacházíme parafrázie, slovní salát, anomii, logoreu, hyperfluenci bez vlastní kontroly. I přes všechny tyto obtíže se daří osobě předat význam sdělení. Celou produkci doprovází výrazná mimika a gestika. Pojmenování se daří v rovině činností ne předmětů. Psaní je možné jen ve formě vlastního podpisu. (Neubauer, 2007)

Sémantická afázie

Podle Čecháčkové (in Lechta, Škodová, 2007, s. 158) „*je charakteristická porušeným dekódováním logicko-gramatických struktur a rozpadem početních operací*“. Problémy s porozuměním nastávají až u složitějších struktur nebo rozlišení některých z gramatických vazeb. Nejčastěji to bývají předložky, porovnávání (větší/menší; hodně/málo; plný/prázdný a další), trpný rod, zvraty ve slovosledu a složité větné celky s náročnějším určením činitele děje. Produkce je bez větších odlišností, někdy sklouzává k používání jednoduchých větných skladeb. Vlivem narušení prostorové orientace je problém s orientací na mapě, hodinách, posloupných řadách, sčítáním přes hodnotu deset, sestavením obrazce podle předlohy nebo instrukcí. (Neubauer, 2007)

1.4.3 Hrbkova klasifikace

Hrbek tvrdí, že pro řeč je důležitý systém šesti korových okrsků, které spolu spolupracují, a jejich spojení. Proto řadí afázii do poruch kortikálních funkcí. Poškození, která způsobují afázii, mohou být dvojího typu a to nukleární, kdy jsou poškozena jádra určitého okrsku nebo disjunktivní, kdy je narušeno spojení jednotlivých okrsků. Porušeny mohou být okrsky propioceptivně-logestetický (PL), propioceptivně-grafastetický (PG), logomotorický (LM), grafomotorický (GM), akustický (A) a optický (O). Ale pouze při poškození těchto tří okrsků vzniká afázie jako porucha řeči, jsou to okrsky propioceptivně-logestetický, logomotorický a akustický. U ostatních vznikají poruchy psaní, čtení, počítání, poznávání a vnímání barev, předmětů, vlastního těla nebo obtíže s orientací v čase a prostoru, které Hrbek také zahrnuje, jelikož vnímá afázii jako poruchu korových funkcí. (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007)

Proprioceptivně-logestetický okrsek (PL)

Nejdůležitější pro zpracování a vyhodnocení vnitřní řeči. Spouští impulzy ke spontánní řeči a pohybům mluvidel a řídí procesy odpovídající za dekodování znaků, jejich přiřazení k určitému významu a praktickému užití v řeči. Hlavními problémy jsou všechny aspekty diagnostiky, kromě mechanického opisování, obkreslování.

Proprioceptivně-grafastetický okrsek (PG)

Okrsek, který zodpovídá za plánování motorických pohybů a koordinaci oko-ruka při psaní. Při poškození tohoto okrsku vzniká agrafie a s ním spojené komplikace při hlasitém čtení, spontánním psaní, mechanickém opisování, opisu s porozuměním a psaním na diktát.

Logomotorický okrsek (LM)

Iniciuje motoriku mluvidel k tvorbě řeči. Při poškození jsou obtíže se spontánní řečí, opakováním a rozuměním slyšeného, pojmenováním obrázků a hlasitým čtením.

Grafomotorický okrsek (GM)

Má kontrolu nad jemnou motorikou a řídí pohyby ruky při psaní, zjednodušeně uskutečňuje všechny procesy nutné k mechanické stránce psaní. Poškození grafomotorického okrsku vede k agrafii a s ní spojeným spontánním psaním, mechanickým opisováním, opisu s porozuměním a psaním na diktát.

Akustický okrsek (A)

Slouží k přijímání a zpracování slyšené řeči, jednotlivé problémy jako opakování a rozumění slyšeného a psaní na diktát. Jeho narušení má za následek senzorickou afázii.

Optický okrsek (O)

Má důležitou funkci při percepci (vnímání) a porozumění písma, obtíže týkající se těchto funkcí se nazývá alexie. Zahrnuje rozumění čteného textu, pojmenování obrázků, hlasité čtení, mechanické opisování a opis s porozuměním. (Obereignerů, 2013)

1.4.4 Kimlova klasifikace

Založena na převládající narušené jazykové funkci, a protože při afázii není jen jedna narušená schopnost, nemůžeme narazit na čistou fatickou poruchu, afázii. Proto Kiml do své klasifikace nezahrnuje druh smíšené afázie. Dělení afázií je v této klasifikaci na základní tři typy, z nichž jsou definovány další, které v názvu zdůrazňují nejvýraznější symptom. (Kiml, 1969)

Kimlova klasifikace uznává lokalizaci postižení mozku k jednotlivým afáziím a je zaměřena, jak už bylo napsáno, především z kvalitativního hlediska. Její nedostatek je v tom, že neposuzuje afázii v celkovém obrazu postižení centrální nervové soustavy. (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007)

afázie totální - „*úplná nebo praktická neschopnost chápat signální význam řeči a nemožnost vyjádřit se srozumitelnou řečí. Ztratil také schopnost čtení, psaní a počítání a praktické návyky.*“ (Kiml, 1969, s. 113)

afázie motorická

afázie motorická – zcela nebo částečně s těžkostmi narušená exprese vlivem porušené řečové oblasti odpovídající za motoriku. Parciálně či úplně je zachována vnitřní řeč. Řeči je špatně rozumět díky setřelé artikulaci a obsahuje agramatismy, zkomoleniny a jejich paraafázie a pauzy v projevu. Dále také dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie až akalkulie.

afázie motorická typu žargon – převažuje výskyt neologismů a agramatismů. Doprovází ji těžká expresivní dyslexie, akalkulie, agrafie.

afázie motorická typu anartrie – vyznačuje se hlavně neschopností artikulovaného projevu nebo se může omezit na neartikulované zvuky či několik hlásek. Porozumění je jako u celé této skupiny většinou zachováno. Vyskytuje se také dysgrafie a dyskalkulie.

afázie senzorická

afázie senzorická – v různé míře je zastoupena porucha vnímání, rozumění, chápání, opakování, pojmenování a paměti. Schopnost vyjádření není narušena po motorické stránce, ale problémy vznikají z důvodu poruchy vnitřní řeči, dekódování symbolů, jejich významu a zapamatování si jich. Vyskytují se parafázie, slovní trosky, cirkumlokace, neologismy, slovní salát, perseverace. Z doprovodných postižení je přítomna alexie/dyslexie/paralexie, agrafie/dysgrafie, akalkulie/dyskalkulie podle míry poškození.

afázie senzorická amnestická – hlavním znakem je anomie, z toho důvodu jsou během projevu pauzy.

afázie senzorická typu žargon – v slovním vyjádření jsou v hojném počtu přítomny parafázie a neologismy, které nemusí ovlivnit pochopení smyslu vyjádření.

afázie senzorická typu dyslogického – řeč ztrácí smysl tzv. slovní salát, vlivem bezvýznamných neologismů, často perseverovanými. (Kiml, 1969)

1.4.5 Olomoucká klasifikace

Využívána především na oddělení klinické logopedie fakultní nemocnice Olomouc. Vznikala pod záštitou primářky PaedDr. Miloslavy Čecháčkové, která při sestavování nové klasifikace využívala několikaleté zkušenosti z praxe v práci s osobami s afázií. Olomoucká klasifikace přejala některé poznatky z Hrbkovy klasifikace, jinak ale vznikala samostatně. Základem je lokalizace dominantního poškození v určitém mozkovém laloku s jeho individuálními projevy, které specifikují daný typ afázie. Čecháčková při sestavení této klasifikace postupovala komplexně a zahrнула do diagnostiky i vyšetření kognitivních funkcí, které pomohli při konečném určení diagnózy. Poukazuje tím i na nutnou mezioborovou spolupráci při diagnostice, v tomto případě hlavně s neuropsychology/psychology. Olomoucká klasifikace je rozdělena do pěti typů afázie. (Obereignerů, 2013)

Expresivní afázie

Projevuje se sníženou schopností či neschopností slovního vyjádření. V projevu se objevují slovní trosky, parafrázie i parafázie, jejichž druh a množství určuje stupeň afázie. Celkově je řeč tvořena s velkou námahou, tedy i pomalá a nonfluentní. Porozumění je bez obtíží. Expresivní afázii doprovází poruchy čtení a psaní.

Integrační afázie

Zahrnuje stejné obtíže a místo poškození jako při poruše proprioceptivně-logestetického okrsku v Hrbkově klasifikaci. Základní symptomy jako narušený příjem, dekódování, zpracování, zapamatování a následné využití signálu jsou stejné jako u zmíněného typu afázie od Hrbka. Zahrnuje i zhoršenou vybavnost slov, potíže se čtením a kresbou. Porozumění je v tomto případě v pořádku.

Percepční afázie

Na rozdíl od výše zmíněných je největším problémem porozumění řeči a to i své vlastní, afatik si potíže neuvědomuje a proto je řeč plynulá, ale s malou informační hodnotou, překotným tokem řeči, neologismy a perseveracemi. Problémy se projevují i ve čtení, psaní a kreslení.

Amnestická afázie

Hlavním symptomem jsou časté anomické pauzy. Dalším projevem postižení jsou sémantické parafázie, dysgrafie. Opakování, pojmenování i porozumění je bez obtíží, právě pro lehké obtíže jen v produkci je tento typ označován za nejlehčí podobu afázie.

Globální afázie

U globální afázie jsou narušeny všechny složky posuzované v diagnostických materiálech. Je to porozumění, produkce, opakování, pojmenování, paměť, orientace v čase a prostoru. Tento stav může trvat několik hodin po příhodě a poté se obtíže transformují do jiných typů afázie nebo je poškození mozku tak veliké, že globální afázie trvá i po skončení akutního stavu pacienta. (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007)

2 Diagnostika

Logopedická diagnostika je zacílena především pro stanovení správné terapie. K určení nejpresnější diagnózy se zohledňují i výsledky a lékařské zprávy z neurologie, neuropsychologie a od klinického psychologa. Potvrzuje se tím mezioborová spolupráce s klinickým logopedem. (Neubauer, 1997)

Cíly této logopedické diagnostiky jsou zjištění, zda se u daného člověka afázie vůbec vyskytuje a zda není spjata ještě s jinou poruchou v rámci diferenciální diagnostiky. O jaký jde typ, v jakém rozsahu a jaké jsou hlavní projevy afázie, které ovlivňují komunikaci v běžném životě a následné sestavení terapeutického plánu pro osobu s konkrétními obtížemi při afázii. (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta, 2013)

Do diagnostiky je nutné zahrnout nejen tvorbu a porozumění řeči a to jak v mluvené, tak v psané podobě, ale i složky nonverbální komunikace, jako mimika, gestika, haptika, posturika a další neverbální složky řeči jako je plynulost, dynamika, hlasitost, výška, intonace. V řeči se diagnostika zaměřuje na čtyři hlavní okruhy a to porozumění, pojmenování, opakování a spontánní řeč. (Vitásková, Mlčáková, 2013; Klenková, 2006)

Diagnostika se provádí pomocí různých testových baterií a dotazníků. (Cséfalvay, 2007) je rozdělen následovně:

- 1) Screeningové testy
- 2) Komplexní testy
 - a) Kvalitativně orientované testy
 - b) Kvantitativně orientované testy
 - c) Testy funkční komunikace
- 3) Speciální testy

2.1 Screeningové testy afázie

Screeningové testy se provádějí většinou v akutním stádiu onemocnění, kdy pacient nemá tolik sil a lehce se unaví ať už vlivem psychického stavu, bolestmi nebo medikací nutnou pro zotavení. Proto se zprvu mohou využít testy, u kterých jde především o zjištění samotné schopnosti produkce a rozumění řeči. V prvních dnech po poškození CNS se afázie může stále měnit a tak není potřeba provádět složitější testy ke stanovení celkové

logopedické diagnózy. Screeningové testy by nám měli říci nejenom, zda je afázie přítomna, ale i její charakter, míru a typ ke kterému musíme znát už i dovednost opakování a pojmenování. (Cséfalvay, 2007)

U nás jsou nejčastěji používány tři testy, které byly vyvinuty v zahraničí a jsou přepřacovány i do českého jazyka. Těmi testy jsou MAST, AST a Token test, který někteří autoři řadí až do speciálních testů.

MAST

Můžeme ho využít i u velmi těžkých subakutních stavů a jde použít ihned v prvních počátečních stádiích u lůžka pacienta. Takto rychlé využití testu prospívá i v časném popsání problémů s komunikací rodině afatika a poučení dalšího personálu, jak je potřeba s pacientem komunikovat. Před samotným provedením testu je nezbytné vědět pacientovu anamnézu a důležité výsledky vyšetření související s poruchou komunikace, napoví nám to přístup a komunikaci s pacientem. Vyhodnocují se sektory jako automatická řeč, pojmenování, opakování, plynulost při popisu obrázku, psaní na diktát, porozumění slov, porozumění mluvené, čtené instrukci a alternativním otázkám. (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta, 2013)

AST

Neboli Aphasia screening test/Aphasie schnell test je poměrně časově nenáročný vyšetření s typicky vyšetřovanými oblastmi u screeningových testů. Výhodou tohoto testu je, že není potřeba ho s pacientem projít celý a přesto získat výsledek. Kromě jazykových schopností test hodnotí i dyspraxii, pravolevou orientaci, poruchu vnímání vlastního těla a nevšímání si části zrakového pole.

VAFO

Vyšetření řeči v akutní fázi onemocnění u lůžka pacienta ještě na oddělení JIP. Celkově test trvá přibližně 12 minut. V testu se vyhodnocuje spontánní projev, rozumění slyšené řeči, pojmenování, opakování, čtení a psaní. Součástí testu je kromě záznamového archu ještě barevný obrázek na popis a porozumění a věty k hlasitému a tichému čtení. Po přechodu afázie do chronického stádia je dobré tento test doplnit jiným komplexnějším testem.

Token test, jak už bylo zmíněno, se dá využít při screeningu, jelikož při něm selže každý, kdo má afázií nehledě na typ a stupeň afázie. V druhém případě se používá jako součást komplexního vyšetření, kdy se zjišťuje hlavně porozumění. Test je založen na plnění pokynů od logopeda, pomocí sady dvaceti tvarů (čtverec, kolečko) o pěti barvách. Každá barva má své kolečko a čtverec, ty jsou navíc ve dvou velikostech. Na začátku plnění testu jsou položené podle instrukcí v zadání testu a dále s nimi manipuluje jen vyšetřovaný.

Dalším možným testem pro screening je test FAST (Frenchay aphasia screening test) nebo BEST-2 (Bedside Evaluation test). (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta 2013; Neubauer, 2018; Neubauer, Dobias, 2014)

2.2 Komplexní testy

Mají za účel zhodnotit všechny složky potřebné pro průběh komunikace (řeč, lexie, grafie, praxie). Používají se u pacientů v subakutních, ale ještě více u pacientů s chronickým stavem. U pacientů v chronickém stavu se už stav nemění, a tedy nevádí, když se test přeruší a dokončí se později.

Kvantitativně orientované testy

Mají za úkol určit typ afázie na základě vyšetření řečových funkcí jako je spontánní řeč, pojmenování, opakování a porozumění. Vyhodnocuje se přítomnost deficitů v těchto oblastech a také jejich míra. Testy jsou lehce vyhodnotitelné, díky předem stanovených měřítek. (Cséfalvay, 2007)

Pražské afaziologické vyšetření (PAV)

Hojně využíván byl především v minulosti, nyní ho zastoupily novější dostupné testy. Autorky testu (Mimrová, Budínová-Smělá) se opíraly o Hrbkovo pojetí afázií. Test zjišťuje obtíže v jedenácti oblastech, jsou to: spontánní řeč, opakování, rozumění, pojmenování, automatické řady, zpěv, čtení, počítání ústní a písemné, kreslení a psaní. V rámci testu můžeme dostat procentuální výsledky jednotlivých center zodpovědných za komunikaci. (Neubauer, 2007)

Western Aphasia Battery (WAB)

Velmi často v zahraničí využívaný test, bohužel pro naše prostředí máme jen přepracovanou verzi od Kulišťáka z roku 1993. Tato verze není autorizovaná, ale přesto se používá i u nás. Původní verze pochází od neurologa Andrewa Kertesse z roku 1982. Výsledkem testu je typ afázie. Obsahuje osm částí, z toho první čtyři jsou jazykového charakteru a ostatní se zaměřují na nelingvistické dovednosti. Vyšetřuje se spontánní řeč, popis obrázku, porozumění, pojmenování, opakování, čtení, psaní, praxie, počítání a obsahuje i inteligenční test. V jednotlivých částech se sledují symptomy, plynulost, pohotovost odpovědí, analýza a syntéza slov, automatické psaní, prostorovou orientaci, psaní na diktát i pseudoslov a opis. (Baterie Western Aphasia, ©2020)

Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE)

Zahraniční test od autorů Goodglass a Kaplan (1983) je založen na zhodnocení jazykových složek řeči (slovní a řečová produkce, porozumění psané i mluvené řeči). Kromě toho je zaměřen i na nejazykové složky, ty mají odhalit apraxii, agnózi, akalkulii a problémy v prostorové orientaci. Slouží k tomu úkoly, kdy má pacient kreslit podle slovních instrukcí, sestavit útvar ze špejlí nebo trojrozměrný z kostek. (Neubauer, 1997; Love, Webb, 2009)

Dalšími kvantitativně orientovanými zahraničními testy je Minnesota Test for Differential Diagnosis for Aphasia (MTDDA), Comprehensive Aphasia Test (CAT) a Aachen Aphasia Test (AAT).

Kvalitativně orientované testy

Na rozdíl od kvantitativně orientovaných testů, tyto nehodnotí četnost chyb v jednotlivých oblastech řečových funkcí, ale zajímá je jejich podstata. Není tak důležité, zda pacient jednotlivá cvičení splní či nikoliv, ale jakým způsobem se o to snaží a jaké jsou příčiny k nesplnění cvičení nebo nesprávných odpovědí. (Cséfalvay, 2007)

Vyšetření fatických funkcí (VFF)

Vyšetření fatických funkcí se řadí do skupiny kvalitativně orientovaných testů, kdy z výsledků vyjde typ afázie, poškozené oblasti jazykového systému a úroveň komunikace možné po příhodě. Výsledky typu afázie jsou přizpůsobeny, aby koreloval s Bostonskou klasifikací afázie. V testu vyšetřujeme oblasti fatických funkcí. Jednotlivé funkce jsou:

- 1) spontánní řeč
- 2) porozumění – reakce na slovní instrukce, rozumění gramaticky složitým konstrukcím a výběr pojmů
- 3) opakování – hlásek, slov, vět a souvětí
- 4) pojmenování – pojmenování ukazovaných předmětů v místnosti, ve kterých je prováděn test i připravených na obrázcích
- 5) automatické řady – dny v týdnu, měsíce v roce, většinou základní řada čísel od 1 do 10, písně, básně
- 6) čtení – hlásky, slabiky, slova, věty, globální čtení a porozumění čteného textu
- 7) psaní – opis hlásek, slov, vět; grafomotorika, podpis, adresa, diktát slov i vět, spontánní psaný projev
- 8) počítání – správné přečtení/vyslovení a zapsání čísla s porozuměním významu, početní vztahy

(Kolář, 2009)

Lurijovo neuropsychologické vyšetření

Založeno na rozboru typických příznaků vyšetřované afázie, tímto se řadí mezi kvalitativně orientované testy. Vyšetřuje složky, jako jsou motorické funkce, audiomotorické funkce, vyšší kožní a kinestetické funkce (čítí), vyšší zrakové funkce, impresivní řeč (porozumění), expresivní řeč, psaní, čtení, počítání, paměťové funkce a intelekt (myšlení, mentální výkonnost). Ve výsledcích se zkoumají obtíže v jednotlivých oblastech a následně se více analyzuje. Celková analýza nám napoví, která oblast byla zasažena a to vede ke konečné diagnóze. Např. pokud testujeme vyšší zrakové funkce pomocí orientace na mapě a osoba

zaměřuje pravou a levou stranu a neorientuje se ve, pro sebe známé mapě, značí to o poškození parieto-okcipitální oblasti. (Šplíchal in Kulišťák, 2017)

Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace (VZNPŘK)

Kromě vyhodnocení typu a míry afázie, test také rozliší další poruchy jako dysartrii, kognitivně-komunikační deficit a dyspraxie. Vyšetřuje tvorbu a porozumění řeči, lexii, grafii, praxii, motoriku, kognici a prostorovou orientaci, celý test vychází ze specifík českého jazyka. Vyhodnocení je pomocí pětibodové škály. (Cséfalvay, 2007)

Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia (PALPA)

Další zahraniční kvalitativně orientovaný test, který k vyhodnocení nemá stanovené žádné bodové hranice, v testu jsou použity jen jazykově hodnotitelné položky, u kterých se dá hodnotit např.: délka nebo frekvence slov. Opírá se o kognitivně-neuropsychologickou teorii jazykových procesů, které jsou složeny z jednotlivých modulů. V testu se tak zjišťuje, který z modulů je narušený a který nikoliv. Kromě afázie se vyšetřuje i alexie a agrafie. (Cséfalvay, 2007) Česká verze tohoto testu je test **DgAAA** – Diagnostika afázie, alexie a agrafie.

Posledním typem jsou **testy na vyšetření funkční komunikace**, patří sem:

Dotazník funkcionální komunikace (DFK)

Vznikl kvůli potřebě jednotného zhodnocení dopadu jazykových obtíží vzniklých s afázií v každodenní komunikaci. Inspirací a základem pro test byly studia zahraničních testů CADL, ASHA FACS, Dotazník funkčního stavu FAQcz, dotazník soběstačnosti DADcz a materiály Společný evropský referenční rámec pro jazyky. Současný stav komunikace pacienta hodnotí jeho komunikační partner spolu s logopedem a to ve čtyřech oblastech (bazální komunikace, sociální komunikace, čtení a psaní a orientace a čísla v životě). (Dotazník funkcionální komunikace, b.r.)

Communicative Activities in Daily Living (CADL-2)

Jedná se o zahraniční test od autorů Holland, Frattali a Fromm (1999), vyhodnocuje se řešení komplikací v modelových situacích běžného života jako je nákup, návštěva lékaře nebo telefonování. Vyšetřovaná osoba může použít jakýkoliv způsob k vyřešení situace a to i ty neverbální, zmapuje se tak funkcionální komunikace pacienta. Hodnotí se především, to zda by se situace zvolenou metodou dala zvládnout a jestli byla předána informační hodnota i přes případnou neverbální formu nebo výskyt jednotlivých symptomů afázie. (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta, 2013)

Conversation Analysis Profile of People with Aphasia (CAPPA)

Další zahraniční test od Whitworth, Lesser a Perkins (1997). K tomuto testu je kromě afatika potřeba další osoby (komunikační partner), která je s afatikem v častém kontaktu. Nejdříve se provede rozhovor s komunikačním partnerem, který zhodnotí a porovná stav komunikace s afatikem nyní a před příhodou. Dále pak logopeda s afatikem, jak vidí situaci on, logoped následně posuzuje a srovnává pohledy obou na situaci. (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta 2013)

Dalšími zahraničními testy jsou Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) a Stroke Impact Scale (SIS).

2.3 Speciální testy

Speciální testy ověřují jen některou oblast jazykových schopností. Těmito testy se mohou doplňovat ty testy, ve kterých daná oblast nebyla cílem vyšetření. Mnohdy, ale mohou být součástí nějakého komplexnějšího testování, kdy se každá oblast testuje zvlášť. (Cséfalvay, 2007)

Bostonský test pojmenování (Boston Naming test, BNT)

Bostonský test pojmenování je jeden z nejrozšířenějších standardizovaných testů, který hodnotí obtíže s pojmenováním. Původ má v USA, kde ho vyvinula Edith Kaplan, Harold Goodglass a Sandra Weintraub v roce 1983. Test má dvě verze, jednu původní a druhou zkrácenou, kde je snížen obrázků ze šedesáti na patnáct. Podstata je v postupném pojmenování předložených obrázků, ty jsou seřazeny od nejjednodušších (běžně využívané věci a nejvíce používané v běžné komunikaci) po nejtěžší (slova používána zřídka, kdy,

ne tak často používaná v běžné komunikaci). Pokud se stane, že osoba nedokáže obrázek pojmenovat nebo ho pojmenovává nesprávně, postupuje se podle pořadí nápověd. Jako první je poskytnutí nápovědy sémantické, dále fonemické a jako poslední možnost je předložen výčet věcí, který může být na obrázku a testovaná osoba z nich má vybrat správnou možnost. Výsledky testu mohou být ovlivněny věkem, vzděláním a individuální rozsah slovní zásoby. Test je určen pro osoby s afázií, demencí nebo jinou mírnou kognitivní poruchou, Parkinsonovou nemocí. (Validační studie české verze Bostonského testu pojmenování, 2016)

Zkouška vizuální pozornosti (ZVP)

Pozornost během diagnostiky a následné terapie je velmi důležitá, aby nebyly výsledky testů zkresleny a diagnostika se mohla provést v celém rozsahu. Je tedy dobré nejprve zjistit aktuální míru pozornosti, běžné testy jsou ale časově náročné a většinou spoléhají na verbální komunikaci při testování. Zkouška vizuální pozornosti splňuje krátký rozsah i čas na provedení a proto je vhodný použít u osob na lůžku. Výsledky se liší s věkem a vzděláním. (Cséfalvay, Košťálová in Cséfalvay, Lechta, 2013) Určen je především pro pacienty s poruchou fatických a kognitivních funkcí. Výhodou testu je, že se dá splnit i pomocí nonverbální komunikace, čímž se umožňuje splnění testu osobám s poruchami produkce řeči, neslyšícími, či paretickou dominantní končetinou. Naopak test není vhodný pro apraktiky a osoby s poruchami zraku. Test spočívá ve vyhledávání stejné dvojice (jablko-kůň, čtverec-kolečko) ve stejném pořadí, jak je uvedeno na příkladu, v jednotlivých řádcích různě po sobě jdoucích zmíněných obrazců. (Zkouška vizuální pozornosti, b.r.)

Bilingual Aphasia Test (BAT)

Test určený pro bilingvní osoby postižené afázií. Existuje mnoho variant uzpůsobených pro několik jazyků. Každý z uzpůsobených testů je pozměněn tak, aby respektoval kulturní a jazykové možnosti. Pro českou variantu testu jsou možnosti kombinace s angličtinou, němčinou, řečtinou, ruštinou a švédštinou. Test je rozdělen na tři části A, B a C, kdy část A zjišťuje takovou přibližnou osobní jazykovou anamnézu. Část B je zaměřená na individuální jazykové schopnosti ve spontánní řeči, porozumění, ukazování, pojmenování, opakování, sluchovém rozlišování, syntaktickém pochopení, sémantických kategoriích, synonyma/antonyma, úsudku o gramatické a sémantické správnosti,

automatických řadách, výbavnosti, tvoření vět, odvozování slov, morfologickém obměňování, popisování, počítání, čtení, sluchovém pochopení, opisování, diktátu, pochopení významů psaného slova a vět a psaní. Třetí a poslední část C je už část překladová, ta zjišťuje ovlivnění každého z testovaných jazyků potížemi vzniklými afázií. Objevuje se zde rozeznávání slov, překlad slov a vět a posouzení gramatické správnosti, to vše v obou variantách jazyků. (Bilingual Aphasia Test (BAT), ©2020)

Další speciální testy, které se využívají hlavně v zahraničí, jsou testy OANB, BASA a Reporter's test, který se má využít jako doplněk k testu Token.

2.4 Diferenciální diagnostika

Mezi další poruchy, které se dají zaměnit s afázií a musíme je tedy od ní odlišit je dysartrie, řečová apraxie nebo kognitivně komunikační poruchy.

Dysartrie je zapříčiněná poškozením pohybů nutných k vytvoření řeči, způsobené postižením extrapyramidového systému (bazální ganglia), cerebella (mozečku), mozkového kmene a hlavových nervů, přenosu informací z jednotlivých nervů končících v těchto částech nervové soustavy a svalů hlasového a artikulačního ústrojí. Osoba s dysartrií nemá problémy s porozuměním, pouze s produkcí – výslovností, polykáním, rezonancí a fonací. V řeči se nevyskytují jako u afatiků neologismy, parafázie a anomie.

Řečová apraxie se projevuje nonfluencí, parafáziemi a neschopností plánovat a kontrolovat artikulační pohyby jednotlivých fonémů, které byly správně vybrány z jazykového systému.

Kognitivně komunikační poruchy se objevují při onemocněních jako je Alzheimerova nebo Parkinsonova nemoc a demenci. Obtíže v komunikaci jsou způsobené potížemi s pamětí (krátkodobou), anomii a s tím související problémy s pojmenováním. Dále může být osoba dezorientována časem, místem i osobou, mít změny nálad a někdy jsou přítomny i problémy s porozuměním. (Písecká in Lukáš, Žák, 2015)

3 Terapie

Afázie je komplikovaná porucha, která nezahrnuje pouze obtíže v komunikaci a tak jako v diagnostice, tak i v terapii jde o mezioborovou spolupráci a jejich komplexní terapii, kdy kromě logopedické může probíhat i následná lékařská, fyzioterapeutická nebo psychologická terapie. (Klenková, 2006)

Logopedická terapie v případě afázie se nesoustředí v první řadě na správnou artikulaci hlásek, ale na zlepšení funkční komunikaci potřebnou k běžnému životu aniž by během komunikace nedocházelo k nejasnostem nebo nebyla možná vůbec. Formální stránkou komunikace se terapie zabývá až naposledy. (Kejklíčková, 2011)

V terapii afázie existuje několik jednoduchých zásad a to, že terapie by měla být:

- Cílená a dlouhotrvající
- Sestavena dle logické posloupnosti
- Přizpůsobena každému klientovi zvlášť
- Intenzivní

S terapií se začíná už u lůžka pacienta v tzv. **akutním stavu**, ihned jak je pacient stabilizován a stav pacienta to dovoluje. Přihlíží se především na unavitelnost a somatické potíže. V těchto případech jsou vhodné krátké terapie v rámci 5-10 minut, během celého dne, každý den. Častěji se, ale setkáváme s variantou jedné terapie během dne. Zároveň probíhají konzultace s rodinou, kde se rodina dozvídá, jak a pomocí čeho mohou cvičit s afatikem po propuštění do domácí péče nebo ještě při hospitalizaci během návštěv. (Heroutová in Klenková, 2007)

Po ukončení hospitalizace přechází terapie do **ambulantní** formy. Dochází na ni většinou pacienti v subakutním nebo chronickém stavu, pokud to jejich zdravotní stav dovoluje. Některé organizace zprostředkovávají i **terénní** formu individuální terapie. Ambulantní péče může být formou **individuální** či **skupinové terapie**.

Při ambulantní péči je nespornou výhodou množství pomůcek a materiálů, které má logoped při terapii k dispozici a může tak pohotově reagovat na vzniklé situace. Na terapii chodí afatik s doprovodem, nebo pokud mu to zdravotní stav dovolí, tak i sám. S doprovodem je na terapii dobré chodit při těžších formách afázie, kdy doprovod

je přítomen při terapii, vidí metody, postupy a materiály, které jsou k reedukaci potřebné a je schopen doma cvičení napodobit. Samotné úkoly na domácí cvičení může předat rovnou doprovodu a nevzniká tak nedorozumění mezi afatikem a doprovodem při vysvětlování cvičení. (Kutálková, Palodová, 2007)

Další možností, kromě skupinových terapií, jsou rekondiční pobyty. Realizují se mimo domov pacienta a nezahrnuje pouze péči logopeda, ale i psychologa, lékaře, fyzioterapeuta a dalších. Mimo jiné pacient navazuje i sociální kontakty s ostatními pacienty. (Čecháčková in Jedlička, Škodová, 2007)

Podle Neubauera (2018) a Cséfalvay (2007) jsou nejvíce využívané metody pro terapii afázie z těchto afaziologických směrů:

- Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie
- Psycholingvistický nebo kognitivně-neuropsychologický přístup
- Specifické terapeutické postupy
 - Melodicko-intonační terapie
 - Tlumení perseverací
 - Automatizované formy řeči
- Funkcionálně nebo také pragmaticky zaměřené postupy
- Systémy využívající neverbálních komunikačních prostředků

3.1 Lurijova neuropsychologická koncepce obnovovací terapie

Neubauer, Dobias (2014, s. 93) ve své knize píše, že zastánci této metody tvrdí: „*řeč při afázii můžeme obnovit jen prostřednictvím speciální, správně organizované, obnovovací, restituční terapie*“.

Cílem terapie je obnovení komunikace jako celku, ne jen konkrétních narušených částí jako například opakování nebo pojmenování. S obnovením komunikace se pojí i navrácení pacienta do pracovního a sociálního života. Jednoduše řečeno se má pacient navrátit do běžného života, co nejvíce připomínající život před afázií bez toho, aby se jakákoliv složka jeho života přizpůsobila narušené řeči.

V rámci terapie se využívají metody nepřímé, ty obnovují jazykové dovednosti a uvolňují řečový projev, dále metody přímé, které obnovují dovednosti psaní a čtení a využívají podporujících jazykových cvičení. Lurijova koncepce má několik základních podstat.

- Vytvoření nových funkčních systémů, které nahradí ty poškozené a vznikne stejný koncový produkt, jako při předešlém systému.
- Zjištění současné úrovně volní kontroly a přechod na úroveň nižší a jednodušší. Využíváno u poruch volní organizace.
- Naopak přechod na vyšší úroveň, pokud je narušena úroveň nižší, než je nejvyšší dostupná úroveň pacienta.
- V začátcích terapií využít metod nepřímých a nezaměřovat hlavní pozornost na narušenou funkci, později využít i metod přímých.

(Neubauer, 1997,2007,2018; Neubauer, Dobias, 2014)

3.2 Kognitivně-neuropsychologický přístup

Vychází z kognitivně-neuropsychologické teorie jazykových procesů, které jsou složeny z jednotlivých modulů. Tedy, že na provedení jakékoliv kognitivní funkce pracuje více modulů, každý z těchto modulů má svoji funkci, ať už jako „zásobárna“ informací nebo místo, kde se tyto informace zpracují a posílají dál. Souhrou správných modulů ve správném pořadí vzniká na konci cílový produkt. To může být například zopakování slyšeného či napsaného, pojmenování viděného, opis viděného či napsání slyšeného nebo také vyslovení porozuměného a další. Při poškození jednoho modulu, nemůže vyjít správný koncový výsledek. Terapie je proto v tomto případě zaměřena na zjištění modulu, který je poškozen. Následně logoped připraví materiály k obnovení funkce a definuje postup, který využije při terapiích. (Cséfalvay in Lechta, 2011)

Využity jsou stimulační nebo facilitační postupy, cílem terapie je tedy zlepšení v narušené kognitivní modalitě, čímž selepší nejen daná funkce, ale i celková komunikace v sociálním prostředí. (Neubauer, 2007)

3.3 Melodicko-intonační terapie

Melodicko-intonační terapie staví na rozdělení funkcí levé a pravé hemisféry. Zatímco funkce pravé hemisféry jsou zodpovědné za zpěv velmi dobře pro pacienta známých písní, funkce levé hemisféry zodpovídají za generování řeči. Z toho vyplývá, že při poškození levé hemisféry u pacienta, jde využít zpěv známých písní a využití jejich melodie. (Cséfalvay, 2007)

Určena je osobám především s motorickou afázií, důležité je aby osoby s afázií měly zachované porozumění řeči. Cílem je vyvolání produkce řeči. Spočívá ve vyslovování slabik a slov s výraznou zpěvnou intonací společně s rytmickým pohybem ruky pomocí vytukávání nebo vykreslením melodie prstem ve vzduchu. Afatik slova nejdříve opakuje, následně sám stejnou technikou pojmenovává. Postupně se opouští od pomocného vykreslování melodie. Posledním krokem v terapii je opouštění od výraznější intonace, aby se řeč co nejvíce přiblížila intaktní mluvené řeči. (Neubauer, Dobias, 2014)

3.4 Tlumení perseverací

Cílem je snížit počet perseverací nebo jejich úplné vymizení z řeči. Terapeut se snaží o to, aby měl klient sebekontrolu nad svým řečovým projevem, tím, že využijí prodloužených pauz před jednotlivými slovy, náповědou první hlásky ať už slovního či písemného nebo využití gest k přiblížení pojmu. (Neubauer, 2018)

3.5 Automatizované formy řeči

Automatizované formy řeči jsou jednoduché na produkci, jelikož je na ně vynaloženo minimální volní úsilí. Jsou to slova, která byla afatikem velmi často používána v reálných situacích. Řadíme sem automatismy, což jsou mechanicky naučené pojmy, ty jsou využívány v životě běžně a bez delšího přemýšlení. Patří sem abeceda, číselné řady, dny v týdnu, měsíce v roce, pozdrav, básně, písně, přísloví, velmi často vyžívané slovo afatikem před příhodou (nadávky, zvolání a další). Vhodná je v období akutní, subakutní i chronické fázi afázie. Začátky terapie spočívají ve snaze docílení produkce některých automatismů. Terapeut si většinou připraví známou automatickou řadu např. dny v týdnu ve formě napsaných dnů na lístečku, správně je seřadí a projde si je s pacientem společně. Při produkci je dobré zapojit různá tempa, hlasitost nebo melodii řeči. Později zkouší

nechat vyslovit slova pacienta s lehkou dopomocí první hlásky. Dále se zařazují cvičení jako seřazení pojmů do správného pořadí, kdy se ověří i porozumění daným výrazům. Postupně se upevňují jednotlivé automatismy jako izolovaná slova, které nejsou závislé na celé řadě, a může se s nimi dále pracovat. (Košťálová in Cséfalvay, 2007)

3.6 Funkcionálně/pragmaticky zaměřené postupy

Od ostatních postupů terapie se liší tím, že se nezaměřuje na diagnostikované deficity v řeči a podle nich sestaví terapii, ale snaží se přizpůsobit řeč klienta natolik, aby se mohl znovu zapojit do společnosti a nebýt závislý na svém okolí v běžných denních aktivitách. Dbá se především na rozumění řeči v běžných komunikačních situacích nejenom v prostředí terapie a logopedem využívaných témat a k nim specifickým slovům. (Klenková, 2006)

Dalším rozdílem je forma terapií. Při funkcionálně zaměřených postupech je afatik aktivní už při vytyčení cílů terapie, stanovují se podle jeho vlastních žádostí a potřeb s konzultací logopeda. Další položkou, kterou si klient může vybrat, jsou i typy úkolů na kterých se bude pracovat během terapie. V těchto terapiích je afatik iniciátorem a aktivním komunikátorem. Během komunikace se akceptuje jakákoliv forma sdělení, mluvená řeč, psaná, kresba, gesta a některé symptomy afázie, která povede k dorozumění mezi odesílatelem a příjemcem komunikace. (Cséfalvay in Lechta, 2011)

3.6.1 Promoting Aphasics Communicative Effectiveness (PACE)

Během této metody má terapeut navodit přirozenou konverzační situaci, kdy jeden účastník zjišťuje od druhého nějakou informaci. V rolích zjišťovatele a popisovatele informace se logoped a afatik střídají. Při konverzaci mají povolené všechny dostupné formy sdělení (mluvená řeč, psaní, kreslení atd.). Výhodou je přirozená zpětná vazba, kdy afatik ihned po vyslání informace vidí, zda mu logoped porozuměl. (Neubauer, 2007)

3.6.2 Konverzační trénink

Nebo také konverzační analýza a stimulace konverzačních schopností. Cílem je zlepšení komunikace mezi afatikem a jeho komunikačními partnery v běžném životě a využití kompenzačních strategií, tak aby mu komunikaci usnadnili. Terapie probíhá v několika fázích. V té první si terapeut s klientem stanoví konverzační situaci a krátký scénář

obsahující pár vět nebo slov obsahující zásadní informace/klíčová slova v logickém pořadí. Složí také jako tzv. berlička při případných obtížích. Následuje nácvik celé konverzace s terapeutem a vychtání chyb. Po získání jistoty v dané konverzaci se pozve „cizí“ komunikační partner (příbuzný, blízká osoba), ten si konverzaci s afatikem zkusí, aniž by předem věděl obsah konverzace. Logoped v této fázi může zasahovat pouze, pokud vznikne obtíž, ze které afatik nebude schopen dále pokračovat. (Cséfalvay in Lechta, 2011)

3.7 Skupinové terapie

Osoby s afázií, které jsou v chronickém stádiu a mají typ afázie, která jim znemožňuje komunikaci v běžných komunikačních situacích, (obchody, pošta, úřady, banka a další) jsou odkázáni na spolupráci svých blízkých. Sami se tak mohou dostat do tzv. sociální izolace. Sami si běžné věci nevyřizují a mají tím pádem nedostatek komunikačních příležitostí s lidmi, kteří nejsou zvyklí na komunikaci s osobou s afázií. To je ovšem pro rozvoj komunikace důležité. Jedna z možností je trénink, s logopedem nebo komunikačním partnerem, běžných konverzací v modelových situacích. Druhou možností je po doporučení svého logopeda zapojení se do skupinových terapií. (Cséfalvay in Kalvach, 2010)

Skupinová terapie podle Neubauera (in Preiss, 1998, s. 268): *„zahrnuje působení v malé skupině 3-6 osob, kde interakční projevy slouží k procvičení a upevnění získaných dovedností a komunikačních kompenzačních strategií. Skupiny mohou sloužit i k aktivizaci osob s nedostatečnou komunikací s okolím, izolovaných a trpících následky dlouhodobého pobytu v institucionální péči. Program je pak většinou orientován na zlepšení percepce, pozornosti, čtení, psaní a vyjadřování jazykovými verbálními prostředky“.*

Při skupinové terapii je přirozeně navozena konverzace, kdy se probírají témata zajímaví klienty, jejich každodenní činnosti, záliby, problémy. Celkově konverzace působí přirozeněji než na individuální terapii s logopedem. Klienti mají více konverzačních stimulů a skupinové sezení dobře působí i na psychickou stránku klientů. (Cséfalvay in Kalvach, 2010)

4 Uvedení do praktické části

Od září 2019 jsem působila v neziskové organizaci, která se věnuje osobám s afázií, jejich činnost zahrnuje i skupinové logopedické terapie. Se spolužačkami jsme vedly jednu ze skupin a tak jsem si téma: vytvoření materiálů pro skupinové terapie, vybrala jako praktickou část diplomové práce.

4.1 Vymezení cílů a výzkumných otázek práce

Hlavním cílem praktické části diplomové práce je vypracování materiálů, pro klienty Klubu afasie, a jejich využití na skupinových sezeních. Pro výzkumnou část byla zvolena metoda případových studií, které sloužily ke sběru informací o klientech Klubu afasie a jejich konkrétních obtížích v komunikaci. Na základě případových studií byly vytvořeny materiály a ty následně vyhodnoceny s pomocí metody pozorování. Ještě než byly materiály použity v praxi, byly stanoveny výzkumné otázky:

- 1) Dají se vytvořené materiály reálně využít při skupinové terapii afázie?
- 2) Je nutná modifikace vytvořených materiálů pro každého klienta zvlášť, vzhledem k jeho individuálním obtížím/potřebám?
- 3) Dojde po aplikaci vytvořených materiálů na skupinových terapiích ke zlepšení narušených funkcí u zúčastněných klientů?

4.2 Metody šetření

K vypracování praktické části byly využity dvě metody, a to případové studie a pozorování. Obě metody spadají do kvalitativního výzkumu. Hendl (2016, s. 46) ve své knize souhlasí s definicí kvalitativní metody podle Creswella a to tak, že: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“. V rámci kvalitativní metody nesmí na začátku výzkumu chybět výběr tématu a vytyčení výzkumných otázek. Nejen výzkumné otázky, ale i plán výzkumu a metody, mohou být v průběhu výzkumu pozměněny v souvislosti s vývojem výzkumu a zjištěnými informacemi. Nesporně jsou toto výhody kvalitativní metody.

Jako první byly využity **případové studie**, které patří mezi základní metody kvalitativního výzkumu. Případové studie jsou charakterizovány jako důkladné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika výzkumných vzorků. Spočívá ve sběru informací, na základě skutečných, dostupných dat, souvisejících s výzkumným problémem. Zkoumání se může vztahovat k osobě, skupině osob, procesům, událostem nebo institucím. Zkoumání vždy probíhá v přirozeném prostředí zkoumajícího prvku. (Sedláček in Švaříček, 2014)

Případové studie byly využity v počátcích realizace praktické části, kdy jsem potřebovala informace o klientech, kteří budou docházet na námi vedené skupinové terapie. Studie byly vypracovány z lékařských zpráv, většinou z oddělení neurologie nebo rehabilitačních zařízení a dále ze zpráv klinických logopedů. Lékařské zprávy z neurologie byly vypracovány při propouštění klienta do domácí péče, zprávy z rehabilitačních zařízení byly z příjmu i propouštění a zprávy od klinických logopedů jsou z doby příjmu a průběžného testování klienta.

Další použitou metodou je **pozorování**. To Švaříček (2014) definoval jako: „dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces“. Podstatou metody pozorování není jen pozorování samotné, ale zprostředkování jeho výsledků. Pozorování bylo využito zejména při níže popsáných aktivitách a činnostech nad vypracovanými materiály.

4.3 Charakteristika místa a výzkumného vzorku

Výzkumné šetření probíhalo od září 2019 jen do února 2020, kvůli vzniklým událostem, v neziskové organizaci Klub afasie. Ten funguje od roku 2000, kdy ho založila Viktorie Bartoníčková, která sama prošla cévní mozkovou příhodou a následně afázií. Svou činností organizace podporuje osoby s afázií, pro které přestala být řeč samozřejmostí. Mezi aktivity klubu patří již zmíněné skupinové terapie, terénní péče, publikační a osvětová činnost a poradna.

Do Klubu afasie docházím, jak už bylo zmíněno od září 2019, kdy byla vytvořena nová čtvrtéční skupina, jako čtvrtá v pořadí. Naše skupina začínala se čtyřmi klienty a postupně se rozšiřovala až do současného počtu sedmi klientů. Pro potřeby diplomové práce jsem však vybrala jen 5 klientů, kteří mají fatickou poruchu. Zbylí klienti docházejí z jiného

důvodu, skupiny jim, ale také prospívají. Důvodem je ztráta českého jazyka jako svého druhého (cizího) jazyka nebo jen potřeba sociálního kontaktu s okolím. Vybraní klienti, mají všichni diagnostikovanou fatickou poruchu a dochází ambulantně na logopedii ke své klinické logopedce. Skupina probíhá každý čtvrtek odpoledne, hodinu a půl a vedly jsme ji ve dvou. Skupina začíná vždy krátkou konverzací o běžných záležitostech nebo tématu, kterému věnujeme i část sezení a následují tematická cvičení, dále pak jen doplňující, které je ovšem těžké vybrat, pro různorodé problémy klientů.

Výzkumný vzorek

4.3.1 Klient 1

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 90 na selhání ledvin, matka zemřela v 94 letech na ischemickou chorobu srdeční, bratr trpí VAS páteře, žije s manželkou a synem

Osobní anamnéza: 72 let, hypertenze, DNA, plíce vpravo lehce oslabené, podezření na fibrilaci síní

Hospitalizace: stav po iCMP v březnu 2019 při uzávěru ACI – ACM vlevo, následná rekanalizace ACM a opětovný uzávěr ACI, pravostranná hemiparéza, při převozu nereagoval. Probíhala fyzioterapie, ergoterapie, logopedie.

Přítomna centrální paréza VII. Nervu vpravo – ufukuje koutkem, spontánní hybnost levostranných končetin, spastická pravostranná hemiplegie. Nekonstantně plní výzvy po předvedení nebo intuitivně, výrazně méně cení vpravo, jazyk plazí středem, dávivý reflex výbavný, polyká dobře, stisk slušný, ale jemná motorika vážne vpravo, sám si sedne, stoupne, chodí sám, pravá dolní končetina našlapuje na zevní hranu nohy a více na patu, Wernickmannova postura, manželka pomáhá s oblékáním, nají se lžící levou rukou, na WC si doje sám.

Aktuálně: Smíšená fatická porucha s přítomností dysartrie. Po výzvě se snaží komunikovat s dopomocí gest, bez vtáhnutí do kontextu, je porozumění obsahu sdělení náročné až nemožné. Pokud jsou v řeči slova, jsou změněny k nesrozumitelnosti, jinak obsahuje řečové automatismy. Při snaze říct například rok narození – vyslovuje jiná čísla, než vykresluje prstem (správná varianta) jako dopomoc.

Řeč: spontánní produkce – nesrozumitelná, perseverace, slovní salát, přesmyky, agramatismy, řečové automatismy, slovní trosky, výrazný doprovod gest a pohybů rukou, neuvědomuje si vyslovení špatné hlásky/slova

Popis obrázku – s dopomocí, nesrozumitelné, pomocí nonverbální komunikace, řečové automatismy

Porozumění – rozumí jednoduchým pokynům a větám, ale ztrácí se v delších větných celcích

Opakování – částečně zachované

Pojmenování – narušené, verbálně pojmenuje jen někdy, přiřazení pojmu s obrázkem bez problémů

Čtení – rozumí na úrovni slov, ale nepřečte

Psaní – nacvičování automatické řady čísel 1-10, levou nedominantní rukou, opis bez obtíží na úrovni písmen

Sluch – v normě

Hlas – zvučný

4.3.2 Klient 2

Rodinná anamnéza: matka zdravá, otec po operaci by pass a aneurysmatu, ženatý, 2 děti – syn 2006 a dcera 2004, povolání chemik

Osobní anamnéza: 48 let, alergie, CMP epi s poruchou vědomí a následně poruchou hybnosti, regrese řeči během 2 týdnů

Hospitalizace: stav po iCMP v povodí ACA a ACM I. sin. při disekci ACI I. sin v roce 2014; centrální hemiparéza s dominantním postižením pravé horní končetiny, kde je akrálně plegie, která je také na pravé dolní končetině.

V nemocnici mu byla diagnostikována nonfluentní fatická porucha (Broccova) s podílem verbální apraxie, přítomna porucha percepce, čtení, psaní, počítání. Porucha kognitivních funkcí. Toho času dominuje porucha exprese, rozumí bez obtíží. Tiché čtení bez problémů,

nahlas s obtížemi, čtenému textu rozumí, obtížná interpretace, opakování slov orientačně bez obtíží, agrafie – vlivem pravostranné hemiparézy, dyskalkulie.

Dávivý reflex výbavný, jazyk plazí v rovině, hybnost nepřesná, rty našpulí, tváře nafoukne, patrná asymetrie koutku, pokles pravostranně, mimické svaly hybné bez omezení, jazyk a rty hybné bez omezení

Řeč: spontánní produkce – fluentní v pomalejším tempu, občasné anomické pauzy pro zformulování větné výpovědi, ojedinělé větné agramatismy, občasné fonemické parafázie (víceslabičná slova), informační hodnota sdělení plná, automatické slovní řady bez problémů

popis obrázku – fluentní, ve větách, občasné pauzy

porozumění – rozumí dobře na úrovni slov i delších vět

opakování – chybuje ojediněle, zopakuje slova, pseudoslova i věty

pojmenování – lehká anomie, ojediněle sémantické nepřesnosti či latence ve výbavnosti

čtení – hlasité čtení slov bez obtíží, ale je cítit nejistota u některých slov, tiché čtení slov a textu s porozuměním

psaní – píše levou rukou, jen tiskacím písmem, dysgrafické obtíže, automatické formy psaní zvládá samostatně, opis se daří bez obtíží, psaní na diktát částečně, lépe reálná slova než pseudoslova – vážne fonémovo-grafémový převod, výskyt paragrafií s obtížemi na úrovni souhláskových shluků

Hlas: jasný, volně tvořený

Sluch: orientačně v normě, tympanometrie v pořádku, reflexy výbavné

4.3.3 Klient 3

Rodinná anamnéza: matka v 98 i otec v 78 zemřeli na CMP, bratr má diabetes mellitus 2. typu, 2 zdravé děti

Osobní anamnéza: 79 let, v důchodu, žije sama v blízkosti dcery a vnučky, nekuřačka, alkohol příležitostně, alergie na penicilin, Sick sinus syndrom, implantovaný kardiostimulátor, náhrada aortální chlopně bioprotézou, hypotyreóza (snížená funkce štítné

žlázy), hypertenze a následně po medikaci a příhodě hypotenze, glaukom (zelený zákal), vředová choroba gastroduodena, Morbus Hodgkin (rakovina mízních uzlin), uroinfekce, astenická, nedoslýchavost na levé ucho

Hospitalizace: 1/2019 hospitalizace pro iCMP v povodí ACM I. sin při neléčené fibrilaci síní, pravostranná hemiplegie a smíšená fatická porucha, provedeno vstupní NIHSS s výsledkem 21 a také vyšetření ASPECTS s hodnotou 10, pravostranná hemihyestesie

Diagnostikována smíšená afázie s převládající expresivní fatickou poruchou řeči. Následně absolvován pobyt v léčebném a rehabilitačním středisku Chvaly, tam diagnostikována na konci pobytu expresivní fatická porucha s horšeným porozuměním, mírně oslaben pravý ústní koutek zasažením n. facialis, jazyk se plazí ve střední čáře, spasticky paretická pravá horní končetina a zlepšení spontánního mluvního projevu, zejména v produkci slov. Další logopedie ambulantní cestou a od 11/2019 dochází do Klubu afasie.

Řeč: spontánní řeč – nonfluentní, těžkopádná řeč s pomalým tempem, části slov vyražené, sémantické parafázie, motorické potíže s některými fonémy (č,š,ř), občasné dysgramatismy, hodnota informačního sdělení je srozumitelná, automatické slovní řady bez obtíží, někdy anomické pauzy u slov

Popis obrázku – anomické pauzy, dysgramatismy, sémantické/fonemické parafázie

Porozumění – bez obtíží, rozumí jednotlivým slovům i složitějším větám, neporozumění jen z důvodu sluchového deficitu

Opakování – zopakuje slova, pseudoslova i věty

Pojmenování – u složitějších slov anomické pauzy

Čtení – čtení s porozuměním, při hlasitém čtení občasné fonemické parafázie

Psaní – bez obtíží, píše pravou dominantní rukou tiskacím písmem, daří se jak opis, tak diktát

Hlas – jasný

Sluch – nedoslýchavost levého ucha, nekompenzována

4.3.4 Klient 4

Rodinná anamnéza: matka zemřela po pádu v 87 letech a otec na rakovinu urologického aparátu, sestra má Crohnovu nemoc, 2 zdravé děti

Osobní anamnéza: 74 let, onemocnění ledvin, sledován kardiologem, katetrizován, hypertenze, endogenní deprese a ambulantní psychiatrická léčba až po příhodě (ztráta velmi aktivního životního stylu – funkcionář pro moderní pětiboj a mezinárodní rozhodčí, časté cestování po celém světě), hraniční glykemie, spánková apnoe, alkohol a cigarety příležitostně, bydlí sám

Hospitalizace: 1/2019 akutní iCMP v povodí levé ACM na podkladě okluze levé ACI, při přijetí byl v plném vědomí, při příjezdu RZS šel záchranářům naproti, bez zjevné poruchy hybnosti, nemohl, ale vůbec mluvit. Při převozu a hospitalizaci plně při vědomí, rozumí, ale je téměř mutický. Diagnostikovaná těžká verbální apraxie s lehkou agrafií a lehká centrální dysartrie. Následně rehabilitační pobyt a logopedie ambulantní formou. Od 10/2019 dochází do Klubu afasie.

Řeč: spontánní produkce – nonfluentní, konverzace bez obtíží možná, zjevné jsou symptomy verbální apraxie, nápadnosti ve výbavnosti slov

Popis obrázku – pauzy mezi slabikami dlouhých slov: „vepředu čeká jeden lupič ve-v autě a v pře-pra-ve-ném na únik. Asi ředitel se snaží do-vo-lat pomoci a policajt mu spěchá na po-moc“

Porozumění – bez nápadnosti i na úrovni komplikovaných instrukcí jako jsou např. vložené přívlastkové věty

Opakování – nebylo cíleně testováno

Pojmenování – velmi dobře sémanticky organizováno, jednou se objevila perseverace, subjektivně popisuje obtíže ve vyhledávání abstraktních pojmů v lexikonu

Čtení – zřetelné symptomy verbální apraxie, porozumění textu bez obtíží

Psaní – zřetelné obtíže v motorické realizaci, menší písmo, překryv grafémů, diakritická znaménka občas chybí

Hlas – bez nápadností

Sluch – orientačně v normě

4.3.5 Klient 5

Rodinná anamnéza: matka zemřela stářím, u otce není známo, vdova, 4 děti a 7 vnoučat, všichni se střídají a mají zájem v péči o maminku/babičku

Osobní anamnéza: 86 let, hypertenze, kuřák

Hospitalizace: iCMP v levém karotickém povodí 5/2019, manifestní regredující pravostranná hemiparéza, frustní centrální léze VII. nervu vpravo, pomalejší mluvné tempo, občas potíže s vybavností slov, zhoršená grafie, lucidní, spolupracující, udržuje oční kontakt, orientována místem, časem i osobou, jazyk plazí ve střední čáře, patrové oblouky elevují symetricky, velmi lehký pokles pravého ústního koutku, cení téměř symetricky. Diagnostikována rezidua lehké expresivní fatické poruchy

Řeč: spontánní produkce - srozumitelná, fluentní

Porozumění – dobré

Opakování – bez obtíží

Pojmenování – bez obtíží

Automatická řeč – bez obtíží

Čtení – lehce v pomalejším tempu, jinak bez obtíží, rozumění čtenému je dobré

Psaní – píše dominantní pravou rukou, lehká pravostranná hemiparéza, písmo čitelné, bez paragrafií

Hlas: přijatelný

Sluch: v normě

4.4 Vlastní výzkumné šetření

Vlastní výzkumné šetření probíhalo při jednotlivých sezeních. Struktura je většinou stále stejná. Po příchodu klientů se všichni pozdravíme a probíhá prvotní konverzace, kdy každý klient sděluje své novinky za uplynulý týden nebo zkrátka něco, co chce skupině sdělit. Během této konverzace zapojíme do hovoru téma, pokud je hodina tematická, které dnes bude hlavním tématem. Pro diplomovou práci jsem vybrala témata: cestování, jídlo, sport,

škola, rodina a čas (roční období, svátky, významné dny). Pokud se klienti nerozmluví sami, pokládáme jim otázky k tématu, ty jsou u témat také uvedeny. Poté navazujeme většinou společným úkolem, kde pracují všichni dohromady a každý si tak najde svoji roli ve skupině. Odpadávají tím situace, kdy je třeba poskládat dohromady slova, umístit je a zapsat a klient, který má problém se psaním, se nemusí trápit nad papírem s tužkou a například umísťuje papírky nebo cokoliv jiného, na co stačí. Při plnění společného úkolu se stále komunikuje a dává se prostor pro rozvoj komunikace přímo od klientů s ostatními, např.: jejich vlastní zkušenosti, vzpomínky, připomínky atd. Po skončení společné aktivity, pokud je čas, využíváme další materiály.

Další úkoly jsou na rozvoj pojmenování, porozumění, výbavnosti slov, paměti, sluchové percepce, orientace, grafie, lexie. Podle situace a chuti klientů, je vyplňují sami nebo ve dvojicích. Pokud se na to někdo necítí nebo nechce pracovat sám, vyplňujeme cvičení s ním nebo počkáme, až mají ostatní hotovo a vyplňujeme/kontrolujeme materiály společně. Pak už se jen rozloučíme a sezení je ukončeno. Většinou ještě u odchodu probíhá nezávislá konverzace mezi námi a klienty.

Popis společných aktivit a témat:

Cestování (Příloha č.1)

Úvod: Máte rádi cestování? Jaké země jste navštívili? Kde se vám nejvíce líbilo a kde se vám naopak vůbec nelíbilo a proč? Máte raději zahraničí nebo tuzemsko? Kde jste byli naposledy?

Potřebujeme rozstříhanou slepou mapu Evropy a rozstříhané názvy některých států Evropy. Klienti nejdříve poskládají správně názvy jednotlivých států a poté je přiřadí k mapě nebo napíší přímo do mapy. Dále můžeme zkusit vyjmenovat i hlavní města států. Po dopsání, jsou k dispozici obrázky s typickými věcmi států, ty také přiřadíme. Obrázky nejsou součástí přílohy, protože jsem je na sezení stahovala z různých internetových zdrojů a nejsou tedy mou vlastní tvorbou. Pokud by nebyly obrázky, mohly bychom věci vymyslet i slovně. Jedná se o spojení např.: Itálie – špagety, pizza, gondola, koloseum. Další aktivita s mapou je zaměřena na orientaci v prostoru. Ptáme se na otázky: Kde leží Polsko? Leží Rakousko nad Norskem? Leží Francie vpravo od Španělska?

Pokračujeme materiály s přiřazením kraje ke krajskému městu a vypsáním názvů institucí/míst ve městě ve kterém klient žije.

Zaměření: pojmenování, porozumění, orientace v prostoru, výbavnost slov, paměť, grafie

Cvičení: Složení mapy probíhalo bez problémů. U skládání názvů států se někteří klienti dokázali zorientovat ve směsi papírků, někteří se to nedařilo, a tak jsme přešli k postupu, kdy jsme si řekli, který stát hledáme a napsali jsme si ho někde vedle na papír, abychom měli zrakovou podporu toho, co chceme najít. Poté bylo hledání jednodušší. U některých názvů jsme naopak vzali první polovinu názvu, řekli si celý název a už jen dohledali zbytek. Protože jsme postupovali od České republiky, procvičili jsme i orientaci na mapě pomocí určení polohy hledaného státu. Zařadily jsme tak otázky, které jsme měly připravené na konec aktivity. Psaní se ujal jen klient 4, který nemá se psaním žádný problém. Ostatní určovali místo, kam se má název vepsat. Hlavní města klienti pouze řekli a ukázali, ke kterému státu patří, vynechali jsme vypisování do mapy. Typické věci ke státům na obrázcích klienti přiřadili bez problémů. U této aktivity se zapojili všichni klienti a aktivita podnítila vyprávění klientů, kde kdo byl a co v dané zemi zažil. Aktivita se tím výrazně protáhla a jinou už jsme během sezení nestihli.

Zbylé dvě aktivity jsme využily při dalším sezení. Při spojování krajů s krajskými městy byla nutná dopomoc akorát u klienta 1. Stačilo klientovi názvy přečíst a spojovat metodou otázek. Např.: Olomouc – Je Olomouc krajské město Plzeňského kraje? Patří do kraje Libereckého?. Kraje, které tvořily název krajského města, spojil samostatně. Při kontrole jsme nenašli žádné velké problémy se spojováním. Při čtení spojených dvojic byly přítomny u některých klientů fonemické parafráze. Poslední aktivitu, na vymyšlení co nejvíce názvů vypsáných institucí/míst, jsme dělali společně na velkém papíře, tím odpadly problémy s psaním. Problémy vznikly jen u klienta 1, který se snažil nějak mimoslovně popsat například, které divadlo myslí a ostatní klienti tak hádali jeho název. Tato forma byla bohužel dost náročná a klient jí využil jen na pár názvů (divadla, náměstí, škola). Modifikací by pro něj bylo vypsání různých názvů institucí na papír (Karlova univerzita, Václavské náměstí, Palackého náměstí, Riegrovy sady a další) a klient by je jen spojil s danou skupinou.

Jídlo (Příloha č. 2)

Úvod: Rádi vaříte a co? Jaké máte oblíbené jídlo? Chodíte rádi do restaurací nebo raději si něco uvaříte doma?

Každý si v hlavě vymyslí nějaké jídlo. Poté si budeme popisovat postup vaření vymyšleného jídla bez toho, abychom ho v popisu pojmenovali, ostatní hádají, co vaříme. Např.: Připravím si vajíčka, mléko, mouku, sůl, olej, marmeládu. V míse si smíchám mléko, sůl, vajíčka a mouku a dám si na pánev olej. Poté si naběračkou беру směs v míse a vliju ji na pánev s olejem. Osmažím to z obou stran a dám na talíř. Namažu to marmeládou a pocukruji to. Co vařím?

Tematicky pokračujeme cvičením, u kterého se nám z přídavných jmen má vybavit sjednocující pojem. Další aktivita je na hádání jídla. Klient si vylosuje kartičku s jídlem a ostatní se ho ptají otázkami, na které může odpovídat jen ANO/NE. Další kolo se pozmění a klient se snaží pokrm popsat co nejlépe tak, aby ho ostatní uhádli.

Zaměření: porozumění, pojmenování, produkce

Cvičení: Teoretické vaření s hádáním se dařilo. Při popisu se u klientů vyskytovaly fonemické a sémantické parafrázie, dysgramatismy a anomické pauzy. Postup byl trochu jiný jen u klienta 1, kdy se klient snažil popsat postup mimoslovní formou a my jsme nehádali jen konečný produkt vaření, ale celý postup. Během hádání se stejně jako u popisu vyskytovaly fonemické parafrázie a anomické pauzy, s tím, že klient 1, hádal pomocí prvků nonverbální komunikace.

Výbavnost pojmu označující vypsaná přídavná jména, jsme opět plnili dohromady. My jsme přídavná jména četly a kdo zrovna věděl, tak nadřazený pojem řekl. Při druhé aktivitě byly využity obrázky z pexesa, které měly pod obrázkem i název. Zůstali jsme u varianty odpovídání ANO/NE, kdy se mohli zapojit bez problémů všichni klienti.

Škola (Příloha č.3)

Úvod: Do jaké školy jste chodili? Co jste studovali? Chodili jste do školy rádi? Jaký byl váš oblíbený/neoblíbený předmět? Měli jste nějakého zlého/přísného učitele?

První aktivitou je hra na paměť. Potřebujeme pro začátek pět předmětů nebo obrázků se školní tematikou (pravítko, pero, guma, tužka, ořezávátko). Dáme si časový limit na zapamatování a poté předměty zakryjeme. Společně budeme říkat to, na co jsme si vzpomněli. Přidáme dalších pět předmětů (kružítka, sešit, přezůvky, aktovka, tabule) a stejným způsobem pokračujeme a přidáváme si věci. V závěru můžeme mít pravítko, pero, gumu, tužku, ořezávátko, kružítko, sešit, kalkulačku, přezůvky, aktovku, tabuli, učitelku, křídly, vodovky, glóbus nebo mapa, ukazovátko, počítač, tuš, lavice, penál. Na konci se úroveň může ještě zvýšit tím, že mezi obrázky týkající se školy zamícháme jiné předměty/obrázky, ale vyjmenujeme jen ty školní.

Další aktivitou je uhádnutí nadřazeného slova k vypsáním pojmům, v našem případě týkající se školních předmětů. Následuje cvičení na dlouhodobou paměť, kdy spojujeme historická data a data svátků s událostmi.

Zaměření: paměť, pojmenování, opakování

Cvičení: Vyskládané předměty/obrázky jsme si nejdříve společně pojmenovali. Na začátek jsme zvolily trochu jiný postup, aby klient 1 nemusel využít popis pomocí neverbální komunikace. Po zakrytí předmětů/obrázků jsme na stůl vyložily stejné obrázky, jako ty zakryté, plus několik dalších obrázků se školní tematikou navíc. Klienti pak z mnoha obrázků vybírali ty, které si pamatovali, vše probíhalo se slovním komentářem. Postupně se tedy počet věcí k zapamatování zvyšoval. Poslední úroveň bylo přidání, do obou skupin, obrázků s jinou tematikou. Při plnění úkolu se vždy podařilo dát dohromady všechny schované předměty.

Určení nadřazeného slova doprovázely fonemické parafázie nebo anomické pauzy s následným opisem předmětu. Při spojování dat s událostmi, už pracoval každý klient zvlášť. Úkol nezahrnuje psaní a tak nebyly z této strany žádné problémy. Vzhledem k tomu, že klient 1 nemá větší problémy s porozuměním, tak ani zde nebyly větší problémy. Cvičení dělal dohromady s klientem 4, se kterým plní většinu úkolů, pokud je třeba, ten mu vždy jednotlivá slova ještě navíc nahlas přečte a je vidět, že to pomáhá. Využíváme také již zmíněného postupu, že nenecháváme klienta 1 vybírat z velkého množství, ale pokládáme mu konkrétní otázky: jsou Vánoce prvního března?

Sporty (Příloha č. 4)

Úvod: Sportujete nebo jste sportovali rádi? Jaký sport vás baví? Věnoval jste se někdo sportu více než jen jako zájmové činnosti? Koukáte na nějaký sport v televizi? Chodíte se dívat na fotbalové, hokejové nebo jiné zápasy? Sledujete olympiádu? Kdy a kde byla poslední olympiáda?

Potřebujeme papírky s rozstříhanými slabikami, tvořící názvy sportů. Klienti se snaží sestavit název sportu. Sport si zapíšeme a vzpomeneme-li si, tak napíšeme ke každému i nějakého zástupce. Dále se můžeme pobavit o tom, zda je sport venkovní/vnitřní, letní nebo zimní a co k němu potřebujeme.

Další aktivitou je paměťová hra, kdy si každý vymyslí slovo týkající se sportu. První řekne své slovo a ten další řekne své a i to, které měl klient před ním. Slova se tak nabalují až do doby, kdy jsme schopni si všechny předešlé zapamatovat.

Pokračujeme cvičením, kde hledáme pojem, který do řady nepatří. Není až tak důležité, zda je vybraná možnost správná, ale obhájení si svého výběru.

Zaměření: grafie, paměť, pojmenování, opakování, porozumění, lexie

Cvičení: Spojení slabik názvů sportů se dařilo lépe, než u spojování názvů států z předešlého sezení. Při vybavování si zástupců nalezených sportů, se většinou zapojil jen klient 2 a 4. Dámy nám sdělily, že nejsou velké fanynky sportu a nikdy ho moc nesledovaly, věděly vždy jen zástupce, který byl obecně známý nebo proslavený účastí na olympiádě. Klient 1 se při této aktivitě spíše nezapojil, opět by byla vhodnější forma výběru konkrétních jmen a přiřazení ke sportu.

Výběr paměťové nitě jako aktivity byl trochu nešťastný, pro potřebu produkce i opakování, se kterým má klient 1 obtíže a už v předešlé aktivitě nebyl příliš zapojen. Bezprostřední opakování slov se klientovi částečně daří, ale tak bychom nezanechali podstatu aktivity a to paměti. Zvolily jsme trochu jiný postup. Mezitím, co klienti říkali svá slova, jsme je psaly na papírky, ty jsme na konci řady daly před klienta 1, který měl za úkol je poskládat do správného pořadí, tak jak je popořadě říkali ostatní. S každým vyřčeným slovem se klient snažil slovo zopakovat, ale vlivem motorických obtíží se vyskytovaly agramatismy, slovní trosky a automatismy. Ostatní klienti neměli se cvičením problém, občas se objevilo váhání v pořadí nebo záměna slova u klientky 3, ale to bylo zapříčiněno spíše jejím sluchovým deficitem. Klienti si vybírali taková slova, která pro ně byla lehce vyslovitelná a tak jim nedělaly žádné potíže. Při opakování nebyly větší problémy. Klienti si pomohli tím, že si každé slovo řekli současně s klientem, který slova zrovna opakoval.

Při poslední aktivitě, kdy klienti sami vybírali, co do řady nepatří, nebyly při vyškrtávání obtíže. Při společném procházení výsledků, jsme se setkali i s jinými variantami vyškrtnutých pojmů. Vždy si ale klienti dokázali svůj výběr obhájit. U klienta 1 se při vysvětlování svého výběru vyskytly automatismy, slovní trosky, dopomáhal si neverbální komunikací.

Čas (roční období, měsíce, dny), svátky (Příloha č. 5)

Úvod: Které je vaše oblíbené období/dny v týdnu v roce? Čím se jednotlivá roční období liší? Jaké jsou nejznámější svátky u nás? Slavíte je také a jak? Které máte nejraději? Je nějaký svátek, na který se už zapomnělo?

Na velkém papíře jsou zpřeházeně napsané měsíce v roce a dnů v týdnu. Vybereme měsíce v roce a přiřadíme ke správnému ročnímu období. Dál k těmto skupinám můžeme domyslet typické věci jako počasí, svátky, dopsat narozeniny každého klienta. Zbyly nám napsané dny v týdnu. S těmi si procvičíme orientaci v čase. Vybereme jeden den a ptáme se např.: Co bude zítra? Co bylo včera? Co bude pozítří? Co bude ode dneška za týden? Co bude za 4 dny? Které dny označujeme jako víkend?

Zaměření: grafie, porozumění, orientace v čase, pojmenování

Cvičení: První aktivita nedělala žádné problémy, zvládla se poměrně rychle a zapisování doplňkových věcí zvládli klienti sami, i klient 1 se chtěl zapojit v psaní. Po zrakové předloze opsal pár měsíců do tabulky. Ke druhé aktivitě jsme měli připravené napsané dny v týdnu, aby si po přečtení otázky, mohl každý klient před sebe položit lístek se dnem, který si myslí, že odpovídá otázce. Ve složitějších otázkách bylo u některých klientů vidět větší váhání a delší čas výběru odpovědi.

Doplňkové materiály (Příloha č. 6)

Doplňující materiály sloužily jako výplň zbylého času do konce skupiny nebo jako samostatná náplň, pokud nebyla skupina nijak zaměřena. Materiály jsou určeny k rozvoji pojmenování, porozumění, grafie, lexie, prostorová orientace, opakování, produkce slov. U některých materiálů byla potřeba modifikace, aby je všichni klienti zvládli. Pokud nebyla nutná modifikace, pomohli jsme klientům, kteří tápali ve vyplňování nebo nevěděli. Materiály je možné vyplňovat i ve dvojicích, podle toho jak klienti chtěli spolupracovat, u spousty z nich si vzájemně vypomáhali. Bohužel některé nemohl klient vypracovat sám, materiál nebyl vytvořen k jeho individuálním schopnostem.

4.5 Závěry šetření (doporučení pro praxi)

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo vypracování materiálů pro klienty Klubu afasie a jejich využití na skupinových terapiích. Výzkumné šetření probíhalo přímo při skupinových terapiích za účasti pěti klientů. Pro získání informací o klientech byla využita metoda případových studií, ze kterých vyplynulo, že většina klientů má motorické obtíže v produkci, z hlediska diagnóz se jedná o verbální apraxii, rezidua motorické afázie, lehkou smíšenou a motorickou afázii. Někteří klienti mají obtíže spojené s lexii a grafii. Následně byly vypracovány materiály pro skupinové terapie. Jako první byly vytvořeny tematické materiály zaměřeny především na skupinovou práci. Jednalo se o témata cestování, škola, jídlo, sport a čas. Tyto materiály byly využity po úvodním přivítání a konverzaci směřující k vybranému tématu. Tematické aktivity jsou určené ke skupinové práci, kde se zapojí všichni klienti a nechává se u nich prostor pro jakoukoliv konverzaci. Některé části aktivit potřebovaly modifikovat, aby se mohli zapojit všichni klienti. Všechny proběhlé společné aktivity doprovázel slovní komentář, především tam, kde byla aktivita modifikována na vybírání se i tak dbalo na slovní doprovod činností. Pokud zbyl

čas, po skupinových aktivitách, přešlo se k doplňkovým materiálům, které jsou zaměřeny na lexii, grafii, pojmenování, paměť, prostorovou orientaci, porozumění. Při pozorování klientů při práci byla sledována slovní produkce, porozumění jednotlivých aktivit, lexie, grafie, iniciace v komunikaci ve skupině, výbavnost, orientace v prostoru a čase.

Mluvní produkce byla nonfluentní, vyskytovaly se v ní fonemické a sémantické parafázie, dysgramatismy, anomické pauzy, slovní vmetky, automatismy, slovní trosky, opis a doprovodná neverbální komunikace. To je ovšem výčet všeho, s čím jsme se ve skupině setkaly. U jednotlivých klientů, byla produkce srozumitelná s občasným výskytem neplynulosti daným výše zmíněným výčtem symptomů afázie. Srozumitelnost sdělení byla narušena v případě klienta 1, vždy jsme se s ním, ale dokázali všichni dorozumět. Složitější byla situace při vyprávění zážitků z uplynulého týdne, jelikož jsme ze začátku vyprávění se museli dobrat k tomu, o čem nám vůbec chce povědět, abychom mu mohli ve vyprávění pomoc a pokládat správné otázky. Jinak skupina komunikovala jednoduchými větami i rozvitějšími souvětími s použitím všech slovních druhů a správného časování a skloňování.

Porozumění není v této skupině výrazněji narušeno u žádného klienta. Někdy potřebovali klienti zopakovat zadání činnosti nebo jinak ho zformulovat a využít i kratších vět či názorné ukázky. Při vypracování materiálů jsem vždy použila velká, tiskací písmena a zadání je formulováno vždy co nejvýstižněji. Při práci s textem a jeho porozumění měl problém jen klient 1, který byl ale založen na obtížích ve čtení.

S lexii měl problémy pouze klient 1, který se aktivit, jež jsou založeny na přečtení delšího textu a doplnění, neúčastnil.

Grafie je různými způsoby narušena u všech klientů, vyskytují se paragrafie. Písmo je roztřesené, většinou použita velká tiskací písmena, obtížné držení tužky způsobené paretickou končetinou a psaní svou nedominantní rukou.

Iniciace konverzace nepůsobí žádnému klientovi problém i přes jeho obtíže v komunikaci. Vždy při příchodu si sdělují novinky a chtějí si toho říct co nejvíce. Komunikace probíhá i při jednotlivých aktivitách a dokonce i po skončení sezení si klienti mezi sebou povídají

a odcházejí společně domů. Takováto situace, ale nastala až tak po druhém, třetím setkání, kdy odpadla nervozita z ostatních klientů a skupinové terapie jako takové.

Výbavnost těžších slov doprovázely anomické pauzy a cirkumlokace hledaného pojmu, většinou po opisu hledaného slova si sám klient na slovo vzpomněl, pomohlo jim tzv. hlasité přemýšlení. Běžně využívaná slova naskakovala bez problémů, a pokud se jednalo o slovo delší nebo s obtížně vyslovitelnými shluky hlásek, byl problém spíše v jeho vyslovení než s výbavností.

Orientace v prostoru a čase nečiní žádnému klientovi problém.

Po stanovení hlavního cíle, byly stanoveny výzkumné otázky. První z nich byla, ***zda se dají vytvořené materiály reálně využít při skupinové terapii afázie***. Tematicky orientované aktivity byly vytvořeny většinou pro skupinovou práci všech klientů a daly se využít všechny. Některé potřebovaly změnit postup. Doplnkové materiály byly vytvořeny pro individuální nebo skupinovou práci ve dvojicích, nebo pokud klienti chtěli i vícečlennou. Doplnkové materiály potřebovaly více modifikovat, aby se daly využít u každého klienta. K modifikaci sloužili obrázky, kartičky s pojmy nebo změna postupu k dosažení výsledku.

Další otázkou bylo, ***zda je nutná modifikace vytvořených materiálů pro každého klienta zvlášť, vzhledem k jeho individuálním obtížím/potřebám***. Klienti v naší skupině mají obdobné deficity a diagnózy (motorická afázie a její rezidua, verbální apraxie), kromě klienta 1 se smíšenou afázií. Materiály tak nemusely být modifikovány pro každého klienta zvlášť, ale jen ty, které vyžadovaly po klientovi 1 činnost, která je zároveň jeho deficitem. Jednalo se především o materiály zahrnující dlouhý text (čtení, porozumění), psaní a aktivity založené pouze na slovní produkci. Materiály s delším textem obsahující i delší souvětí jsme vynechaly a text jsme klientovi pouze přečetly ve zjednodušených větách, tak aby byl zachován význam a mohl zodpovědět alespoň otázky na konci textu. Na ty jsme se ptaly cílenými otázkami, na které klient dovedl odpovědět. Místo otázky která metoda rybaření je nejpoužívanější, jsme použily otázku – Je nejpoužívanější metoda rybaření na návnadu?. Ve cvičeních, kde mají klienti psát nebo vymyslet sami slova, jsme přizpůsobily tak, že klient 1 měl už správné nebo možné odpovědi napsané a jen je přiřazoval. Cvičení na spojení slabik jsme dělaly s klientem my, kdy jsme mu přečetli variantu a on řekl, zda to slovo je či není, bylo nutné, aby klient slovo slyšel, tím

si uvědomil, zda existuje či nikoliv. Dalšími pomůckami byly obrázky. Pokud jsme, ale takto s klientem pracovaly, stávala se z toho spíše individuální forma terapie a pokud se stalo, že potřeboval pomoci i jiný klient, přebíhaly jsme od jednoho k druhému. Nechtěly jsme vše dělat společně, protože by cvičení mělo jednu podobu a mohlo by se stát, že by se někdo z klientů vůbec nezapojil. Po konzultaci s klinickou logopedkou nám opravdu bylo sděleno, že pokud jde cvičení modifikovat, tak není problém, ale prostě se nedá nic dělat, když se u jedné aktivity někdo nezúčastní. Je důležité udržet skupinovou formu, a pokud bychom cvičení vypracovávaly celé s klientem zvlášť, a takto postupně obešly všechny klienty, nahrazujeme už tak terapii individuální a o to nám zde nejde. Proto jsme individuální úkoly nechaly vypracovávat klienty samostatně. Pokud, ale někdo ze skupiny viděl, že jinému to činí problémy, dali se klienti k sobě do dvojice a pracovali společně.

Poslední otázkou bylo, ***zda po využití vytvořených materiálů dojde ke zlepšení narušených funkcí.*** Za dobu docházení do klubu vidíme u některých klientů zlepšení, nejvíce pak u klienta 1, který zvládne sám napsat řadu čísel od 1 do 10 a první tři písmena abecedy, opakovaná slova už se více blíží reálné skladbě hlásek a celkově se s ním lépe komunikuje. Bohužel zlepšení klientů není zásluhou skupinových terapií, ale spíše těch individuálních

a domácích cvičení. Určitě skupinové terapie hrají ve zlepšení určitou roli, ale rozhodně bych je nepřisuzovala ke zlepšení. Tam, kde vidím největší zlepšení, je psychika klientů. Díky skupině si uvědomili, že nejsou jediní, kteří mají takovéto problémy s komunikací a že mohou vést běžné konverzace. Toto vidíme hned po příchodu klientů, kdy si všichni povídají a chtějí ostatním sdělit novinky. Jeden z klientů měl souhrou událostí i psychické problémy a po docházení do skupiny, nám sám sdělil, že se jeho psychický stav zlepšil, díky tomu, že na skupině vidí, že jeho obtíže v komunikaci nejsou až tak velkou překážkou a, že na tom vlastně může být někdo i hůř. Někteří klienti ze skupiny se totiž distancovali od sociálních kontaktů, kdy komunikovali jen s rodinou a při vyřizování běžných věcí s nimi vždy musí jít doprovod. Bojí se totiž, že vznikne komunikační problém a oni pod tlakem nebudou schopni situaci vyřešit. Tento strach se ve skupině zcela odboural a alespoň částečně jim tak vynahrazujeme sociální kontakt.

Závěr

Diplomová práce je pojmenována „Návrhy materiálů pro klienty Klubu afasie“. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část diplomové práce je rozdělena do tří hlavních kapitol. První z nich definuje afázii jako narušenou komunikační schopnost pohledem různých odborníků. Dále je v první kapitole popsána etiologie afázie, konkrétně cévní mozkové příhody, poranění mozku, nádory a degenerativní onemocnění. První kapitola obsahuje i popis symptomatologie a možné klasifikace sestavené z různých pojetí afázie a jejího vzniku. Druhá kapitola se zabývá diagnostikou, jsou zde popsány nejčastější diagnostické materiály využívané v našich podmínkách. Třetí kapitola je věnována terapii, jejími přístupy, cíli a jejím formám.

Praktická část obsahuje charakteristiku výzkumného místa a vzorku. Dále je zde vytyčen hlavní cíl – vytvoření materiálů pro skupinovou terapii, spolu s výzkumnými otázkami. Výzkumné šetření bylo kvalitativního charakteru, kdy bylo využito případových studií klientů Klubu afasie a následné pozorování při práci s vytvořenými materiály. Vytvořené materiály jsou součástí příloh. Průběh skupinových terapií, popis jednotlivých aktivit, práce klientů a případné úpravy materiálů, uzavírá praktickou část diplomové práce. V závěru je taktéž vyhodnocen hlavní cíl spolu s výzkumnými otázkami.

Seznam použitých informačních zdrojů

1. CSÉFALVAY, Zsolt a Milena KOŠTÁLOVÁ. Diagnostika afázie. CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha: Portál, 2013, s. 83-116. ISBN 978-80-262-0364-3.
2. CSÉFALVAY, Zsolt. Afázia a iné poruchy komunikácie sprevádzajúce mozgové ischemie a hemorágie. KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemorágie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 381-394. ISBN 978-80-247-2765-3.
3. CSÉFALVAY, Zsolt. Terapie afázie. LECHTA, Viktor. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, s. 203-238. ISBN 978-80-7367-901-9.
4. CSÉFALVAY, Zsolt. Terapie afázie: teorie a případové studie. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-316-1.
5. ČECHÁČKOVÁ, Miloslava. Získané organické poruchy řečové komunikace. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 147-179. ISBN 978-80-7367-340-6.
6. DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.
7. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
8. HEROUTOVÁ, Markéta. Terapie afázie v širším kontextu. KLENKOVÁ, Jiřina. *Terapie v logopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 2007, s. 91-114. ISBN 978-80-210-4463-0.
9. HERZIG, Roman a Ivanka VLACHOVÁ. Cévní onemocnění mozku a míchy. HERZIG, Roman a Petr KAŇOVSKÝ. *Speciální neurologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, s. 25-56. ISBN 978-80-244-1664-9.
10. KALINA, Miroslav. *Cévní mozková příhoda v medicínské praxi*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-107-9.
11. KALVACH, Pavel. *Mozkové ischemie a hemorágie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2765-3.

12. KEJKLÍČKOVÁ, Ilona. Logopedie v ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2835-3.
13. KIML, Josef. Afasie a reedukace řeči: foniatrická studie. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969. ISBN 735-21-8/20.
14. KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie*. 2. přeprac. vyd. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-88-5.
15. KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.
16. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
17. KOUKOLÍK, František. Lidský mozek: funkční systémy: normy a poruchy. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8379-X.
18. KUTÁLKOVÁ, Dana a Daniela PALODOVÁ. Palatolalie a afázie: metodika reedukace. Praha: Septima, 2007. ISBN 978-80-7216-241-3.
19. LOVE, Russell J. a Wanda G. WEBB. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro logopedy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9.
20. LURIJA, Aleksandr Romanovič. *Základy neuropsychologie*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1982. Pedagogické a psychologické diela
21. NEUBAUER, Karel a Silvia DOBIAS. Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfágie. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-518-9.
22. NEUBAUER, Karel. Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
23. NEUBAUER, Karel. Poruchy řečové komunikace - diagnostika a terapie. PREISS, Marek. *Klinická neuropsychologie*. Praha: Grada, 1998, s. 260-309. ISBN 80-7169-443-6.
24. NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-053-5.
25. NEUBAUER, Karel. Neurogení poruchy komunikace u dospělých: [diagnostika a terapie]. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-159-4.

26. NEUBAUER, Karel. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha, 1997.
27. OBEREIGNERŮ, Radko. Afázie. KULIŠŤÁK, Petr. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017, s. 143-173. ISBN 978-80-246-3068-7.
28. PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1233-0.
29. PÍSECKÁ, Kateřina. Afázie. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014, s. 24-30. ISBN 978-80-247-5067-5.
30. SEDLÁČEK, Martin. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014, s. 96-112. ISBN 978-80-262-0644-6.
31. SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
32. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2733-2.
33. ŠPLÍCHAL, Jan. Poranění mozku. KULIŠŤÁK, Petr. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017, s. 422-446. ISBN 978-80-246-3068-7.
34. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
35. TICHÝ, Jiří. Kortikální funkce, syndromy mozkových laloků. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. *Neurologie*. Praha: Galén, 2002, s. 7-20. ISBN 80-246-0502-3.
36. VITÁSKOVÁ, Kateřina a Alžběta PEUTELSCHMIEDOVÁ. *Logopedie*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
37. VITÁSKOVÁ, Kateřina a Renata MLČÁKOVÁ. *Základní vstup do problematiky získaných fatických poruch a problematiky dysartrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3744-6.
38. OBEREIGNERŮ, Radko. *Afázie a přidružené poruchy symbolických funkcí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3737-8.

Seznam použitých internetových zdrojů

39. Batterie Western Aphasia. *ScienceDirect* [online]. Nizozemsko: Elsevier BV, c2020 [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/western-aphasia-battery>
40. Dotazník funkcionální komunikace (DFK). *Fakultní nemocnice Brno* [online]. Brno: Via Aurea, b.r. [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/dotaznik-funkcionalni-komunikace-dfk/t4546>
41. Validací studie české verze Bostonského testu pojmenování. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2016, 79/112(3), 307-316 [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: <https://www.csn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2016-3-2/validacni-studie-ceske-verze-bostonskeho-testu-pojmenovani-58260>
42. Zkouška vizuální pozornosti. *Fakultní nemocnice Brno* [online]. Brno: Via Aurea, b.r. [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/neurologicka-klinika/zkouska-vizualni-pozornosti/t4083>
43. Bilingual Aphasia Test (BAT) - Research. *McGill* [online]. Quebec: McGill University, c2020 [cit. 2020-05-02]. Dostupné z: <https://www.mcgill.ca/linguistics/research/bat#czech>

Seznam příloh

Příloha 1 – cestování

Příloha 2 – jídlo

Příloha 3 – škola

Příloha 4 – sport

Příloha 5 – čas

Příloha 6 – ostatní materiály